

調剤過誤報告書

総合せき損センター 薬剤部 宛 (FAX : 0948-25-1465)

年 月 日

患者様情報		保険薬局情報	
氏名	様	保険薬局名	
患者 ID		所在地	
診療科	科	電話番号	
処方医氏名	医師	FAX 番号	
処方箋交付 年月日	年 月 日	薬剤師 氏名	

調剤日時	年 月 日 時 分頃	判明者	患者・医療機関・薬局 その他()
過誤判明日時	年 月 日 時 分頃		
調剤過誤の状況および対処経過			
調剤過誤医薬品名・用量・調剤過誤の原因等			
患者状況・家族の反応等			
今後の対応			
再発防止の対策			

病院使用欄

* 報告書とともに処方箋と一緒に FAX 送信してください。紙面不足の場合には、任意の用紙に追加記載してください。