調　剤　過　誤　報　告　書

令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　様

保険薬局名

保険薬剤師名

薬局開設者

住所〒

電話　　　　　（　　　　）

FAX　　　　　（　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者ID |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 患者氏名 | 様 | 年齢　　　　才　　　ヶ月 | 性別　　　男　・　女 |
| 病・医院名 |  | 科 | 処方医師名　　　　　　　　　先生 |
| 病・医院住所・連絡先 | 　　　　　電話　　　　( 　 ) 　 FAX　　　　( 　 )　　 |
| 調剤日時 | 令和　　　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 | 令和　　　年　　　月　　　日　　　時　　　分頃 |
| 過誤の内容 | 正 |  |
| 誤 |  |
| 内容の補足 |  |
| 過誤の原因 |  |
| 健康被害 | 無・有有の場合　詳細： |
| 今後の対応 |  |
| 再発防止策(具体的に) |  |
| 病・医院使用欄 |  |

報告書とともに処方箋コピーを添付のこと。紙面不足の場合は、別紙追加記載のこと。