調剤過誤報告書

|  |  |
| --- | --- |
| 保険薬局名 |  |
| 薬局所在地 |  |
| 報告者 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |

静岡てんかん・神経医療センター　　　　　　　　　　　　　報告日　　年　　月　　日

薬剤部宛

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者ID |  | 年齢 | 　　　　　　　　 |
| 患者氏名　 |  | 性別 |  |
| 処方医師名 | 　　　　　　 | 診療科　　　　　 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 調剤日時 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 発見日時 |  |
| 調剤過誤の状況 |
| 対処の経過 |
| 患者の状況(状態)・反応等 |
| 調剤過誤の原因 |
| 再発防止対策 |

処方箋のコピーも添えてFAXにて送信下さい。紙面不足の場合には別紙に追加記入して下さい。

　　　　　　　　　　　　　　　　静岡てんかん・神経医療センター　薬剤部　FAX:054-246-4602