市立吹田市民病院　薬剤部　宛　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　報告日：　　　年　　月　　日

**（保険薬局用）調剤・調製過誤報告書**

該当する処方箋もあわせてFAXしてください

薬剤部直通FAX番号　：　06-6380-3587

|  |  |
| --- | --- |
| 報告者名： | 保険薬局名： |
| TEL： | FAX： |
| 保険薬局住所： | |
| 当該薬剤師名： | |
| 患者氏名： | 患者ID： |
| 診療科： | 処方医師名： |
| 調剤日時：　　　　年　　月　　日　　　時頃 | 判明日時：　　　　年　　月　　日　　　時頃 |
| 処方内容・過誤の具体的な内容： | |
|  | |
| 患者への説明の有無：　有・無  患者の服用の有無：　有・無  患者への説明の内容： | |
|  | |
| 事例に対するその後の対応及び経過： | |
|  | |
| インシデントが発生した要因と改善策： | |
|  | |

＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊　病院記入欄　＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

|  |
| --- |
| 内容を確認し、処方医に報告しました。  その他（　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　）  記入日：　　　年　　月　　日　記入者： |

2022年8月（第1版）