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）