

(一社) 静岡市薬剤師会調剤過誤報告書

平成 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														科名	処方医師名					先生	
病・医院住所														電話	()	FAX	()				
調剤日時	平成	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	平成	年	月	日	時	分	頃														
調剤過誤の状況及び対処経過																					
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・医院使用欄																					

報告書とともに処方せんコピーを添付のこと。紙面不足の場合は、別紙に追加記載のこと。