

(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。