

調剤過誤報告書

竹本病院 薬剤科宛 (FAX:0880-35-4151)

報告日 平成 年 月 日

患者様情報	
氏名	
*患者ID	
発行医名	医師
処方箋交付年月日	

※患者IDは、「処方箋の左上」に記載があります。

保険薬局様情報	
保険薬局名	
所在地	
電話番号	
FAX番号	
薬剤師氏名	

調剤日時	平成 年 月 日 時 分頃	発見者	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			

病院使用欄(医師からの指示・対応等)

※報告書とともに処方箋を一緒に FAX 送信してください。
紙面不足の場合は、任意の用紙に追加記載してください。