**調剤過誤報告書**

年 　　月 　　日

市立根室病院薬剤部　宛

　　　　　　　患者情報　　　　　　　　　　　　　　　　　保険薬局情報

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保険薬局名

患者ID　　　　　　　　　　　　　　　　　 所在地

診療科　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

処方医師名　　　　　　　　　　　　　　　　FAX番号

処方箋交付　　　　　　　　　　　　　　　　薬剤師

年月日　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

調剤日時　　　　年　　月　　日　　時　　分頃　判明者　患者 ・ 医療機関 ・ 薬局

　　　　その他

判明日時　　　　年　　月　　日　　時　　分頃　　　　　　（　　　　　　　　　）

調剤過誤の状況及び対処経過

調剤過誤の医薬品名・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

* 報告書とともに処方箋コピーを一緒に持参もしくは郵送して下さい。紙面不足の場合は用紙に追加記載して下さい。

緊急性がある場合は必ず病院に御連絡下さい（電話：0153-24-3201）