保険薬局 → 薬剤部 → 保管ファイル

関東労災病院　薬剤部

FAX：044-411-8650

**※処方箋のコピーを別途添付してください**

報告日　　　年　　　月　　　日

調剤過誤報告書

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID：  患者名： | 保険薬局　名称・所在地  電話番号：  FAX番号：  担当薬剤師名：  印 |
| 処方医 　　　　　　　　科 |
| 処方交付日： |
|  | |

下記の通り、調剤過誤が発生したため、ご報告いたします。

|  |
| --- |
| 過誤の内容・背景・原因  発生経緯 ※処方箋受付→投薬→判明→報告と時系列で記載すること。 |
| 患者様の状況・対応（把握できる範囲でご記入下さい）  服用あり、明らかな体調変化がみられる  服用あるが、明らかな体調変化はない  服用なし  その他 |
| 患者への対応・説明・医師に報告したときの指示 |
| 病院および他の医療機関への対応 |
| 再発防止策 |

汎用されている他の様式をご使用いただいても結構です。

2020年1月作成　関東労災病院薬剤部