**調 剤 過 誤 報 告 書**

**伊勢原協同病院宛** （ FAX：0463-93-9620 ）

年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者情報 | | 保険調剤薬局情報 | |
| 氏名 |  | 保険調剤薬局名 |  |
| 処方箋の右上部の番号8桁 |  | 所在地 |  |
| 診療科 |  | 電話番号 |  |
| 発行医師名 |  | FAX番号 |  |
| 処方箋交付年月日 |  | 薬剤師氏名 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 調剤日時 | 年　　　月　　　　日　　　　時　　　 分 | 発見者 | 患者・医療機関・薬局 |
| 過誤判明日時 | 年　　　月　　　　日　　　　時　　　 分 | その他（　　 　　　　） |
| 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・家族等の反応及び病院・他の医療機関への対応について | | | |
| 再発防止の対策 | | | |

※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。

また、ご施設で準備した様式で報告される場合は、本様式を表紙としてご使用ください。