**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。