

調剤過誤報告書

報告書年月日： 年 月 日

(過誤報告に限らずトラブル等病院側へ知らせた方が良くと考えられる事態の発生時に御使用下さい)

患者氏名		科名		性別	男・女
ID 番号		処方医		年齢	歳
連絡内容	1. 過不足 2. 薬品違い 3. 規格違い 4. 用量 5. 用法 (薬袋指示) 6. その他 ()				
調剤過誤と気付いた状況 (患者・薬局・医師) ※処方日や発覚日を明確に記載して下さい。					
服用の有無 ①有 (回) ②無 ③不足や薬品違い等による本来服用すべき薬の未服用 (日分)					
患者状態 : ①の場合、服用後の患者状態 ③の場合、未服用による患者状態					
患者に対する対応 (当用紙記録時点での) 済 ・ 未 (これから行う予定・病院の指示を待って行いたい) ※時間経過や薬品の交換方法など、対応内容を具体的に記載して下さい。					
今後の予定と改善策など					
保険薬局名 住所 電話番号 記録者：					

※下記個人情報記入せず、電話連絡にてお伝えください。

調剤過誤、患者とのトラブルなど問題が生じた場合は、速やかに下記まで電話連絡のうえ、処方せんコピーと、この用紙に必要事項を記載し FAX 等で送って下さい。報告の手順は別紙、フローチャートに準じて下さい。

(※患者情報の漏洩に充分注意し、FAX の誤送信なきようお願い致します。)

報告書は処方医に提出します。患者から主治医への報告が過誤の第一報とならないように、能動的かつ迅速な報告をお願い致します。

昭和大学藤が丘リハビリテーション病院 薬局

連絡先：藤が丘リハビリテーション病院 薬局

(TEL:045-978-6770 FAX:045-974-2591)

<藤が丘リハ病院 記入欄>	確認印
・ 薬局セーフティマネージャーへの伝達日： ・ セーフティマネージャー： ・ 処方医への報告日： ・ 処方医の指示・コメント： ・ その他	
病院側の対策など	無 ・ 有 ()