調 剤 過 誤 報 告 書

FAX：兵庫県立淡路医療センター 薬剤部 0799-24-7332

※該当する処方箋もあわせてFAXして下さい。

報告日　　　　年　　月　　日

　兵庫県立淡路医療センター長　様

薬局名：

薬局所在地：

管理薬剤師名：

ＴＥＬ：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者番号 |  | 処方せん発行日 | 年 　 月　 日 |
| 患者氏名 |  | 診療科 | 科 |
| 患者住所 | TEL: | | |
| 処方医 |  | | |
| 処方内容 |  | | |
| 調剤過誤の内容 |  | | |
| 発見の経緯 |  | | |
| 対応措置の状況 |  | | |
| 調剤過誤等の原因 |  | | |
| 今後の対策 |  | | |

※淡路医療センター 担当者記載欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付日 | 年 月 日 | 受付者 |  |
| 措置 |  | | |

注）調剤過誤に関する報告は、原則としてＦＡＸで行ってください。

　　ＦＡＸ送信時、薬剤部次長宛電話連絡してください。