



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。

調剤過誤報告書

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： _____

T E L： _____

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。