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		処方箋発行日	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。