

調剤過誤報告書

平成 年 月 日

自治医大さいたま医療センター 薬剤部 行

住所：さいたま市大宮区天沼町 1-847
電話：048-647-2111（代）
FAX：048-648-4833

薬局名
住所
電話
FAX
管理薬剤師名

患者 ID _____ 生年月日 _____ 年 月 日 性別 男・女
患者氏名 _____ 診療科 _____ 処方医 _____

処方箋発行日 平成 年 月 日 過誤発見者
調剤日時 平成 年 月 日 時 分頃 患者・薬局・自治薬剤師・医師
過誤判明日 平成 年 月 日 時 分頃 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・家族の反応等
今後の患者・家族への対応
再発防止の対策（具体的に記載してください）
病院使用欄

- *書ききれない場合は別紙に記載し添付してください
- *報告書とともに処方箋のコピーを添付してください