

# 調剤過誤報告書

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	薬局名
電話：048-647-2111（代）	住所
FAX：048-648-4833	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