

# 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

薬局名  
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

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