

調剤過誤報告書

重心施設にじいろのいえ 宛 (FAX : 052-603-1071)

年 月 日

患者様情報		保険薬局様情報	
氏 名	様	保険薬局名	
患 者 ID		所 在 地	
診 療 科	科	電 話 番 号	
発 行 医 名	医師	FAX 番 号	
処方箋交付 年 月 日	年 月 日	薬 剤 師 氏 名	

調 剤 日 時	年 月 日 時 分頃	判明者	患者・医療機関・薬局
過誤判明日時	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・容量・調剤過誤の原因等			
患者状況・家族の反応等			
今後の対応			
再発防止の対策			

備考

※報告書とともに処方箋を一緒にFAX送信してください。紙面不足の場合は任意の用紙に追加記載してください。