

調剤過誤報告書

様式 2

名古屋第二赤十字病院薬剤部宛 (FAX : 052-834-6160)

年 月 日

| 患者様情報 | |
|-------------------|-------|
| 氏 名 | 様 |
| ※ 患者 ID (登録番号) | |
| 診 療 科 | 科 |
| 発 行 医 名 | 医師 |
| 処方箋交付 年 月 日 | 年 月 日 |

| 保険薬局様情報 | |
|--------------|--|
| 保険薬局名 | |
| 所 在 地 | |
| 電 話 番 号 | |
| FAX 番 号 | |
| 薬 剤 師 氏 名 | |

※患者 ID は、「処方箋の備考欄」に記載があります。

| 調 剤 日 時 | 年 月 日 時 分頃 | 判明者 | 患者 ・ 医療機関 ・ 薬局 その他 () |
|----------------------|------------|-----|---------------------------|
| 過誤判明日時 | 年 月 日 時 分頃 | | |
| 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 | | | |
| 今後の対応 | | | |
| 再発防止の対策 | | | |

| |
|-------|
| 病院使用欄 |
|-------|

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