

調剤過誤報告書

様式 3

年 月 日
様

患者様情報		報告者情報	
氏 名	様	名 称	名古屋第二赤十字病院
※ 患者 ID (登録番号)		所 在 地	名古屋市昭和区妙見町 2-9
診 療 科	科	電 話 番 号	052-832-1121 (代表) 内線: ()
発 行 医 名	医師	FAX 番 号	薬剤部直通 052-834-6160
処方箋交付 年 月 日	年 月 日	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	発見者	患者・当院・保険薬局 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			