

# 調剤過誤報告書

様式 2

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 薬剤部宛 ( FAX : 052-834-6160 ) 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 (登録番号)		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	

※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と一緒に 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。