**調剤過誤報告書**

**様式2**

**□小山田記念温泉病院　宛**( FAX：059-328-1921 ）

**□主体会病院　宛**( FAX：059-354-1796 ） 令和　　 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 | 令和　　　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 | 令和　　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 | 令和　　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、任意の用紙に追加記載してください。