調剤過誤報告書(保険薬局用)

報告日	年　　月　　日

薬局名 〒 住所 TEL FAX	
薬剤師	

医療機関名：脳神経センター大田記念病院
〒720-0825
住所：福山市沖野上町3-6-28
TEL:084-975-7790（薬剤課直通8：30～17：30）
TEL:090-3633-2730（薬剤課時間外17：30～翌8：30）
FAX:084-979-3599

処方箋発行日	年　　月　　日	調剤日	年　　月　　日
患者ID番号		診療科名	
患者イニシャル		担当医師名	

調剤過誤内容	
発見の経緯	
患者の状態 患者・家族の反応	
保険薬局の 対応措置	
備考	

病院記入欄

受付日	年　　月　　日	受付者	
病院の対応 （複数回答）	☐ 担当医師へ報告しました。 ☐ 当院から患者・家族に連絡しました。		
	☐ 次回診察まで異変があればご相談ください。（ご相談いただくことになりました。） ☐ 患者・家族のご希望がある場合、診察することになりました。 ☐ 患者・家族のご都合の良い日に診察することになりました。 ☐ 至急、診察することになりました。 ☐ その他：		