

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:084-993-9117

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)	<input type="checkbox"/> 担当医師へ報告しました。				
	<input type="checkbox"/> 当院から患者・家族に連絡しました。				
	<input type="checkbox"/> 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。)				
	<input type="checkbox"/> 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。				
	<input type="checkbox"/> 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。				
	<input type="checkbox"/> 至急、診察することになりました。				
	<input type="checkbox"/> その他:				