

調剤過誤報告書

様式3

神奈川県警友会けいゆう病院宛 (FAX:045-221-8288)

令和 年 月 日

| 患者様情報 | |
|------------------|----------|
| 氏 名 | 様 |
| ※患者 ID (登録番号) | |
| 診療科 | 科 |
| 処方医師名 | 医師 |
| 処方箋交付 年 月 日 | 令和 年 月 日 |

| 保険薬局様情報 | |
|------------|--|
| 保険薬局名 | |
| 所在地 | |
| 電話番号 | |
| FAX 番号 | |
| 薬剤師 氏 名 | |

※患者 ID は「処方箋患者氏名の上」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・薬剤部 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。