

調剤過誤報告書

様式4

令和 年 月 日

様

患者様情報		報告者情報	
氏名	様	名称	神奈川県警友会けいゆう病院
※患者ID (登録番号)		所在地	横浜市西区みなとみらい 3-7-3
診療科	科	電話番号	045-221-8181(代表) 内線:()
処方医師名	医師	FAX番号	院外処方関係専用 045-221-8288
処方箋交付 年月日	令和 年 月 日	薬剤師名	

※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	発見者	患者・当院・保険薬局 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			