

調剤過誤報告書

様式 4

AOI 名古屋病院 薬剤部 宛 (FAX: 052-932-7158)

年 月 日

患者様情報	
氏 名	様
※ 患者 ID (登録番号)	
診 療 科	科
発 行 医 名	医師
処方箋交付 年 月 日	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、「処方箋の備考欄」に記載があります。

調 剤 日 時	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	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。