

# 調剤過誤報告書

様式 5

平成 年 月 日

様

患者様情報		報告者情報	
氏 名	様	名 称	AOI 名古屋病院
※ 患者 ID (登録番号)		所 在 地	名古屋市東区泉2-2-5
診 療 科	科	電 話 番 号	052-931-2621(代表) 内線:( )
発 行 医 名	医師	FAX 番 号	薬剤部 052-932-7158
処方箋交付 年 月 日	年 月 日	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	発見者	患者・当院・保険薬局 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			