

調剤過誤報告書

報告先:市立青梅総合医療センター薬剤部 TEL:0428-22-3191 FAX:0428-21-7877
年 月 日() 報告

薬局名:		報告者名:	
TEL:		FAX:	
【患者情報】			
氏名		生年月日	年齢 歳
		性別 男性・女性	
【処方日】 年 月		【処方診療科】	【処方医師名】
【調剤日時】 年 月 日 時頃		【判明日時】 年 月 日 時頃	
【調剤事故発見経緯・内容】			
【事故原因】			
【事故レベル】 <input type="checkbox"/> 経過観察(<input type="checkbox"/> 診察あり、 <input type="checkbox"/> 診察なし) <input type="checkbox"/> 検査のみ必要 <input type="checkbox"/> 処置のみ必要 <input type="checkbox"/> 治療必要 <input type="checkbox"/> 後遺症あり() <input type="checkbox"/> 死亡			
【患者の症状・事故後の対応】			
【再発防止策等】			
【院内対応記入欄】 <input type="checkbox"/> 医師報告 <input type="checkbox"/> 対応内容 <input type="checkbox"/> 医療事故防止対策部会報告			

※処方箋のコピーと一緒に提出して下さい。