

調剤事故(過誤)報告書

利用薬局→徳島県薬剤師会調剤薬局

報告日:西暦 年 月 日

報告者名:	薬局名:		
TEL:	FAX:		
薬局所在地: 〒			
開設者名:	管理薬剤師名:	医薬品安全管理責任者名:	
当該薬剤師名:		常勤・非常勤／男・女／	歳／調剤経験 年
患者年齢:	歳	患者性別:	男性 · 女性
調剤日時:	年 月 日 時頃	判明日時:	年 月 日 時頃
処方内容(処方箋コピー(個人情報に係る部分は削除)を添付)・事故(過誤)の概要(疑わしい場合も含めて):			
<p>薬局への事故(過誤)報告者:</p> <p><input type="checkbox"/>患者本人 <input type="checkbox"/>患者の家族(続柄:) <input type="checkbox"/>処方箋発行医療機関 <input type="checkbox"/>処置した医療機関 <input type="checkbox"/>他薬局薬剤師 <input type="checkbox"/>その他()</p>			
薬局への通報内容・事故(過誤)発見の経緯:			
事故(過誤)原因:			
被害者の状況(健康被害・要望・要求等):			
<p>事故(過誤)レベル:</p> <p><input type="checkbox"/>観察、検査のみ必要 <input type="checkbox"/>治療必要 <input type="checkbox"/>後遺症有り() <input type="checkbox"/>死亡</p>			
薬局の対応:			
関係機関への連絡状況(報告先):			
<p><input type="checkbox"/>都道府県薬剤師会(担当者名:) <input type="checkbox"/>保健所等() <input type="checkbox"/>警察() <input type="checkbox"/>損保会社(会社名・担当者名:)</p>			

薬局のとった再発防止策等:

※書ききれない場合は、別紙に記入し添付して下さい。

日薬版201312