

# 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):			
薬局への事故(過誤)報告者:			
<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( )			
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):			
事故(過誤)レベル:			
<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			
薬局の対応:			
関係機関への連絡状況(報告先):			
<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: )			

薬局のとした再発防止策等：

※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