浜松医科大学医学部附属病院　医事課宛 FAX 053-435-2153 →薬剤部→主治医→薬剤部

**（保険薬局用）調剤・調製過誤報告書** 報告日：　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **報告者名：** | **薬局名：** |
| **TEL：** | **FAX：** |
| **当該薬剤師名：** |
| **患者氏名：** | **患者ID：** |
| **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** |
| **処方内容・過誤の具体的な内容：** |
|  |
| **患者への説明の有無：　有・無****患者の服用の有無：　有・無****患者への説明の内容：** |
|  |
| **事例に対するその後の対応及び経過：** |
|  |
| **インシデントが発生した要因と改善策：** |
|  |
| **病院記載欄：** |
|  |

該当処方せんもFaxにてお送り下さい。

各項目については別紙でのご報告も可能です。

本用紙はすみやかにご提出をお願いいたします。

浜松医科大学医学部附属病院　薬剤部

〒431-3192　浜松市東区半田山1-20-1