

調剤事故（過誤）報告書

薬局→薬剤師会

報告日： 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。