

調剤事故（過誤）報告書

薬局→薬剤師会

報告日：平成 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。