

インシデントレポート

整理番号				

報告日: _____ 年 月 日

報告者名: _____

下記□の当てはまるものに印を付け(複数選択可)、必要事項をご記入ください。

A. 調剤ミス等の発生日時	年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分頃		
B. 当該薬剤師について	調剤経験年数:約 年 (□常勤 □非常勤)		
C. ミスに気付いた時点	□調剤時 □監査時 □薬剤交付時 □薬剤交付後 □その他		
D. ミス等の発見者	□薬剤師 □患者・家族 □処方医 □その他		
E. ミス等の内容			
<input type="checkbox"/> 1. 錠剤・カプセル等の計数の誤り <input type="checkbox"/> 2. 散剤・液剤の秤量・計量の誤り (倍散の計算間違い等を含む) <input type="checkbox"/> 3. 同じ医薬品の規格の誤り <input type="checkbox"/> 4. 他剤を調剤 <input type="checkbox"/> □代替調剤に関わるものについてはこちらにもチェック <input type="checkbox"/> 5. 禁忌、相互作用等の見落とし <input type="checkbox"/> 6. 処方せんの記載ミスに気付かず調剤 <input type="checkbox"/> 7. 一包化の間違い	<input type="checkbox"/> 8. 他薬・異物等の混入 <input type="checkbox"/> 9. 調剤漏れ <input type="checkbox"/> 10. 交付漏れ <input type="checkbox"/> 11. 薬袋の入れ間違い <input type="checkbox"/> 12. 交付相手の間違い <input type="checkbox"/> 13. 薬剤情報提供文書・薬袋の記載ミス <input type="checkbox"/> 14. 服薬指導の誤り <input type="checkbox"/> 15. その他 ()		
F. ミス等の対象となった医薬品 (規格等を含む)	正		
	誤		
G. ミス等の原因			
<input type="checkbox"/> 1. 処方せんの読み間違い・無理な判読等 <input type="checkbox"/> 2. 処方内容の薬学的確認が不十分 <input type="checkbox"/> 3. 疑義照会の不徹底 <input type="checkbox"/> 4. 調剤後の監査が不十分 <input type="checkbox"/> 5. 患者の確認・特定が不十分	<input type="checkbox"/> 6. 注意力の不足 (1～5の場合を除く) <input type="checkbox"/> 7. 知識の不足 (複数規格の存在を知らなかった) <input type="checkbox"/> 8. 自己判断や思い込みによる処理 <input type="checkbox"/> 9. 薬歴活用・患者情報の収集等が不十分 <input type="checkbox"/> 10. その他 ()		
H. 患者の健康被害の有無	<input type="checkbox"/> 有り (下記1. に患者の年齢・性別及び健康被害の状況等を簡潔に記載してください) <input type="checkbox"/> 無し		
I. 概要	(E～Hの補足、ミスが起きた背景等を記載してください)		
J. 再発防止策	(上記の事故・ミス等をきっかけとして局内で実施した再発防止策・改善策があれば記載してください。また、改善例の写真等、参考資料があれば添付してください。)		

連絡先:

薬局 → 県薬用