

調 剤 過 誤 報 告 書

報告年月日：平成 年 月 日

大分県済生会日田病院長様
(FAX)

保険薬局名
薬局所在地
管理薬剤師名 印
電話番号
FAX 番号

患者 ID 番号		処方せん発行日	
患者イニシャル		外来診療科 (主治医)	
調剤過誤の内容			
発見の経緯			
患者の状態			
対応措置の状況			
調剤過誤の原因			
その他			

指示等年月日	平成 年 月 日	受付者	
医師からの指示			
回答内容			
備考			

【注意事項】

- ・ 薬剤部に電話連絡後、本用紙を当院薬剤部へ FAX して下さい。
(FAX : 0973 - 22 - 8712)
- ・ 報告時には、処方せんも FAX して下さい。