

調剤過誤（事故）報告書

報告日 年 月 日

市立伊勢総合病院薬剤部宛

薬局名：	報告者名：	医薬品安全管理責任者名：
住所：〒	TEL：	FAX：
患者ID：	患者氏名：	
診療科（処方科）：	処方医名：	処方医への報告： <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
処方年月日： 年 月 日	調剤日時： 月 日 時頃	判明日時： 月 日 時頃
処方内容（処方箋のコピーを添付すること）・過誤（事故）の概要（疑わしい場合も含めて）：		
過誤（事故）の発見者： <input type="checkbox"/> 自施設で発覚 <input type="checkbox"/> 患者本人または家族（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・過誤（事故）発見の経緯：		
過誤（事故）の原因：		
被害者の状況（健康被害・要望・要求等）：		
過誤（事故）レベル： <input type="checkbox"/> レベル1：患者への実害は無かったが何らかの影響を与えた可能性ある場合 <input type="checkbox"/> レベル2：バイタルサインに変化が生じ検査の必要性がある場合 <input type="checkbox"/> レベル3：治療の必要性がある場合 <input type="checkbox"/> レベル4：障害が一生続く場合 <input type="checkbox"/> レベル5：死亡した場合		
薬局の対応：		
関係機関への連絡状況： <input type="checkbox"/> 地域薬剤師会（担当者名： ） <input type="checkbox"/> 三重県薬剤師会		
再発防止策：		

※書ききれない場合は、別紙に記入し添付してください。

市立伊勢総合病院薬剤部 TEL：0596-23-5111（代） FAX：0596-63-9134