**調剤過誤報告書**

調剤過誤が生じた場合は、この報告書とともに処方箋を一緒にFAX送信してください。

熊本赤十字病院薬剤部宛（FAX：096-384-8834）　　　　　　　　　　報告日：　　　　　　年　　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **患者様情報** | |  | **保険薬局様情報** | |
| 氏名 | 様 |  | 保険薬局名 |  |
| ※患者ID  （登録番号） |  |  | 所在地 |  |
| 診療科 | 科 |  | 電話番号 |  |
| 発行医名 | 医師 |  | FAX番号 |  |
| 処方箋交付日 | 年　月　日 |  | 管理薬剤師名 |  |

※患者IDは、院外処方箋左上に記載があります。

|  |  |
| --- | --- |
| 報告者名： |  |
| 当該薬剤師名： | 常勤　・　非常勤　　／　　　　歳　／　調剤経験　　　年  （いずれかに〇） |
| 調剤日時：　　　　　　年　　　月　　　日　　　時頃 | 判明日時：　　　　　　　年　　　月　　　日　　　時頃 |
| ［発見者］  □患者本人　　　　　　 □患者家族（続柄：　　　　）　　　□処方箋発行医療機関　　　　□処置した医療機関  □他の薬局薬剤師　　□その他（　　　　） | |
| ［調剤過誤の状況（発見の経緯）及び対処経過］ | |
| ［調剤過誤医薬品名・用法用量・原因等］ | |
| ［患者状況・家族の反応等］ | |
| ［今後の対応・再発防止策］ | |
| ［関係機関への連絡情報］  □ 熊本県薬剤師会（担当者名：　　　　）　　　□処方箋発行医師　　　　□ その他（　　　　　　　　　　　） | |