報告日：　　年　　月　　日

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院
科
先生

調剤事故（過誤）報告書

薬局名
住所
電話番号
開設者名　　㊞

報告者名	㊞	管理薬剤師名	㊞
発生日時	年　月　日	判明日時	年　月　日
患者氏名		患者 ID	

調剤事故（過誤）内容　※処方箋のコピーを別途添付すること。

正	誤

発生経緯　※処方箋受付→投薬→判明→報告と時系列で記載すること。

判明するまでに服用（使用）した日数：　　日

体調の変化（患者の訴え）

患者への対応・説明・医師に１次報告したときの指示

調剤事故（過誤）の原因と改善策