

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	平成 年 月 日	判明日時	平成 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