

調剤トラブル報告書

インシデント (調剤過誤)

アクシデント (調剤事故)

該当項目□に印を付けること。必要に応じてインシデントは報告・アクシデントに関しては医療機関にも報告

【A】 ※患者に健康被害が発生したものについては別に調剤事故報告書(日薬)へも記入

患者氏名	(フリガナ)	生年月日	年 月 日生
		年齢・性別	歳 (男・女)
ID番号		医療機関名	
受診科		処方医氏名	

【B】

処方箋発行日	令和 年 月 日	調剤年月日	令和 年 月 日
① トラブルの内容 / 発生状況 / 判明日時 年 月 日 時 分判明			
② 薬局での患者様に対して初期対応		③ 薬局での処方医に対して連絡した内容	
④ 経過及び今後の薬局での対応			
備考欄			
薬局名 :		報告日 : 令和 年 月 日	
所在地 :		FAX :	
電話 :		担当薬剤師名 :	

保険薬局

- 支部および愛媛県薬剤師会 (FAX 089-921-5353) に報告
注意 : 支部と薬剤師会への報告は個人が特定できる【A】欄は消してから FAX 願います
- 処方箋発行医療機関へFAXで報告