調剤過誤（事故）報告書

報告日　　年　　月　　日

伊勢赤十字病院薬剤部宛

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：☐ 未　☐ 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：

☐ 自施設で発覚　☐ 患者本人または家族（続柄：　　）　☐ 処方箋発行医療機関

☐ 処置した医療機関　☐ 他薬局薬剤師　☐ 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：

☐ 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

☐ 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

☐ レベル３：治療の必要性がある場合　☐ レベル４：障害が一生続く場合　☐ 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：

☐ 地域薬剤師会（担当者名：　　）　☐ 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。

伊勢赤十字病院薬剤部　　ＴＥＬ：０５９６-２８-2171（代）　　ＦＡＸ：０５９６-６５-5340