**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