**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