

## 調剤過誤報告書（保険薬局→病院）

報告年月日：       年   月   日

御中

保険薬局名：

薬局所在地：

管理薬剤師名：

電話番号：

FAX 番号：

下記について、調剤にかかる過誤を発見しましたので報告します。

患者ID		処方箋発効日	年 月 日
患者イニシャル		診療科 (医師)	
調剤過誤の内容			
発見の経緯			
患者の状態			
対応処置の状況			
備考			

指示等年月日		受付者	
医師からの指示			
回答内容			
備考			