

調剤過誤報告書

<< ファックスコーナー 電話 (054)656-2511 FAX (054)656-2515 内線2740 >>
 平日8時30分～17時まで送信して下さい。17時以降・土・日・祝日は翌日送信して下さい。

年 月 日 発信

患者氏名		生年月日	大・昭・平・令	年	月	日
患者ID番号		診療科		担当医師名		
薬局名		薬局所在地				
薬剤師名		TEL		FAX		

A.調剤ミス当の発生日		平成	年	月	日(曜日)	午前・午後	時	分頃	
B.ミス等に気付いた時		<input type="checkbox"/> 調剤時		<input type="checkbox"/> 監査時		<input type="checkbox"/> 薬剤交付時		<input type="checkbox"/> 薬剤交付後	<input type="checkbox"/> その他
C ・ ミ ス 等 の 内 容	<input type="checkbox"/>	1.錠剤・カプセル剤の計数の誤り				<input type="checkbox"/>	8.他薬・異物等の混入		
	<input type="checkbox"/>	2.散剤・液剤の秤量・計量の誤り (倍散の計算間違い等を含む)				<input type="checkbox"/>	9.調剤漏れ		
	<input type="checkbox"/>	3.同じ医薬品の規格の誤り				<input type="checkbox"/>	10.交付漏れ		
	<input type="checkbox"/>	4.他薬を調剤				<input type="checkbox"/>	11.薬袋の入れ間違い		
	<input type="checkbox"/>	5.禁忌・相互作用等の見落とし				<input type="checkbox"/>	12.交付相手の間違い		
	<input type="checkbox"/>	6.処方箋の記載ミスに気付かず調剤				<input type="checkbox"/>	13.情報提供文書・薬袋の記載ミス		
	<input type="checkbox"/>	7.一包化の間違い				<input type="checkbox"/>	14.服薬指導の誤り		
D.ミスの対象となった 医薬品(規格等を含む)		正							
		誤							
E.患者の健康被害と 服薬の有無									
F.ミス等の原因・背景									
G.再発防止策・改善策									

※処方せんを添付する事