

# 調剤過誤報告書

様式3

水戸ブレインハートセンター薬剤科 ( FAX:029-232-8766 ) 平成 年 月 日

患者情報	
氏 名	様
患 者 I D	
診 療 科	科
処方発行医名	医師
処方箋交付日 年 月 日	平成 年 月 日

保険薬局様情報	
保 険 薬 局 名	
所 在 地	
電 話 番 号	
F A X 番 号	
薬 剤 師 名 氏 名	

調 剤 日 時	平成 年 月 日 時 分頃	判明者	患者・医療機関・薬局 その他( )
過誤判明日時	平成 年 月 日 時 分頃		
調剤過誤の状況及び対処経過			
調剤過誤医薬品名・用量・調剤過誤の原因等			
患者状況・家族の反応等			
今後の対応			
再発防止の対策			

病院使用欄
-------

※報告書とともに処方箋を一緒に FAX 送信してください。