

調剤過誤報告書

調剤過誤が生じた場合は、この報告書を薬剤部へFAXし、連絡してください。

山形済生病院 薬剤部 **FAX番号 023 - 682 - 0127**

処方年月日	令和 年 月 日 (曜日)		
患者 I D		患者氏名	
患者住所		患者 TEL	
診療科名		保険医氏名	

発生日時	令和 年 月 日 (曜日)	午前 午後	時 分頃
1. 調剤過誤の内容			
2. 発見の経緯 (状況)			
3. 対処の内容 (保険医からの指示を含む)			
4. 患者の状態・感情等 (客観的事実)			

保険薬局名	薬 局		
電話番号		FAX番号	
管理薬剤師名			

病 院 使 用 欄