

# 松田病院 調剤過誤報告書

※必ずFAXにてこの過誤報告書を送信して下さい

受付 FAX 086-422-7495 TEL 086-422-3550

報告日 年 月 日

保険薬局名	薬局	保険薬局 FAX番号	
薬剤師名		保険薬局 電話番号	
ID 患者氏名		処方せん 発行日	年 月 日
診療科 医師	科	当院対応者	(電話で対応した者の氏名をご記入下さい)

発生日時	年 月 日 ( 曜日)	午前・午後	時頃
調剤過誤の内容:			
発見の経緯(状況):			
対処の内容(保険医からの指示を含む):			
患者の状態・感情(客観的事実):			
再発防止策:			

病院記入欄	(備考)				
受付時刻	:	受付		薬剤師	