

## 呉共済病院 調剤過誤報告書

\* 必ずFAXにてこの調剤過誤報告書と処方箋を一緒に送信してください \*

<b>報告先</b>	<b>薬剤科 FAX 0823-32-0207</b>	<b>TEL0823-22-2111(代表)</b>
------------	-----------------------------	----------------------------

FAX受付時間:24時間 (TEL連絡もお願い致します)

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	—        —
患者氏名		処方せん 発行日	年        月        日
診療科	科	当院対応者	(電話で対応した者のお名前をご記入ください)

**調剤過誤の概要(背景・原因)**

  
  
  
  
  
  
  
  
  
  

**患者様の状況及び対応状況**  
服薬あり        服薬なし  
体調問題あり   体調問題なし

  
  
  
  
  
  
  
  
  
  

**病院への対応**

  
  
  
  
  
  
  
  
  
  

**再発防止策**

受付時間	:	受付薬剤師	
------	---	-------	--