



岐阜大学医学部附属病院 御中

報告日： 年 月 日

調剤過誤報告書

患者 ID :	保険薬局 名称・所在地 :
患者イニシャル :	
診療科 :	電話番号 :
処方医 :	FAX 番号 :
処方箋交付年月日 :	薬剤師名 :

※過誤事例すべてを報告する必要はありませんが、誤った調剤内容のまま患者が服用してしまった場合や、患者のコンプライアンスに影響があった場合等は報告をお願いします。

- 調剤日時 : 年 月 日 AM・PM
- 過誤判明日時 : 年 月 日 AM・PM
- 発見者 : 患者・医療機関・薬局・その他 ()

調剤過誤の状況及び対処経過 (患者状況・家族の反応、今後の対応等も含めて記載してください)

調剤過誤の原因等

再発防止の対策

※報告書とともに処方箋を一緒に FAX 送信してください。
※紙面不足の場合は、任意の用紙に追加記載してください。
※必要に応じて、薬剤部から主治医へ連絡することがあります。