

調剤事故報告書

平成 年 月 日()報告

報告者名:	薬局名:
TEL:	FAX:
薬局住所: 〒	
開設者名:	管理薬剤師名:
当該薬剤師名:	常勤・非常勤 / 男・女 / 歳 / 調剤経験 年
患者年齢: 歳	患者性別: 男性 ・ 女性
調剤日時: 年 月 日 時頃	判明日時: 年 月 日 時頃
処方内容(処方せんコピー添付)・事故の概要:	
薬局への事故報告者: <input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 患者の家族(続柄:) <input type="checkbox"/> 処方せん発行医療機関 <input type="checkbox"/> 処置した医療機関 <input type="checkbox"/> 他薬局薬剤師 <input type="checkbox"/> その他()	
薬局への通報内容・事故発見の経緯:	
事故原因:	
被害状況:	
事故レベル: <input type="checkbox"/> 観察、検査のみ必要 <input type="checkbox"/> 治療必要 <input type="checkbox"/> 後遺症有り() <input type="checkbox"/> 死亡	
薬局の対応:	
関係機関への連絡状況(報告先): <input type="checkbox"/> 岩手県薬剤師会 <input type="checkbox"/> 保健所等() <input type="checkbox"/> 警察() <input type="checkbox"/> 損保会社(会社名・担当者名:)	
薬局のとした再発防止策等:	