インシンデント及び疑義照会の事例件数報告書（　　年　　月分）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　地域薬剤師会名

　　　　　　　　　　　　　　　　　報告者氏名

当地域における　　年　　月分のインシンデント及び疑義照会の事例件数を下記のとおり報告します。

記

１．インシンデント事例件数

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 報告薬局数 | 件 | 報告事例数 | 件 |
|  | | | |
| 事例内容 | 件数 | 事例内容 | 件数 |
| 計数・計量の誤り |  | 入力・薬情・薬袋等 |  |
| 規格の誤り |  | その他 |  |
| 他薬調剤 |  |  |  |

２．疑義照会事例件数

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 報告薬局数 | 件 | 報告事例数 | 件 |
|  | | | |
| 事例分類 | 件数 | 事例分類 | 件数 |
| 用法・用量 |  | 相互作用 |  |
| 禁忌 |  | 処方過不足 |  |
| 副作用 |  | 事務的事項 |  |
| 重複 |  | その他 |  |

※　件数は、「薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業」に報告した件数

【報告先】岩手県薬剤師会事務局　FAX 019-653-2273 E-mail ipa1head@rose.ocn.ne.jp