

調剤過誤等報告書（保険薬局用）

兵庫県立西宮病院長 様

年 月 日

保険薬局名： _____
所在地： _____
管理薬剤師名： _____
T E L： _____
F A X： _____

オーダー番号		処方箋発行日	
患者名		患者 I D	
診療科		処方氏名	
患者住所等			
調剤過誤等内容			
発見の経緯			
患者の状態			
対応の措置の状況			
調剤過誤等の原因			
その他			

指示等

指示等年月日	年 月 日	受付者	
措置			

注1：調剤過誤等に関する報告は原則としてファクシミリで行ってください。

注2：当該処方箋も併せてファクシミリ願います。

注3：報告の窓口は薬剤部です。

薬剤部:0798-34-5151 内線 2101 FAX 0798-23-2340