

調剤事故報告書

報告日:令和 年 月 日

報告者名:	薬局名:
TEL:	FAX:
薬局所在地: 〒	
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:令和 年 月 日 時頃	判明日時:平成 年 月 日 時頃
処方内容(処方せんコピー添付)および事故概要	
薬局への事故報告者 <input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 患者家族(続柄:) <input type="checkbox"/> 処方せん発行医療機関 <input type="checkbox"/> 対応医療機関 <input type="checkbox"/> 他薬局薬剤師 <input type="checkbox"/> その他	
薬局への報告内容および事故発見の経緯:	
事故原因:	
被害状況:	
薬局の対応:	
再発防止策:	