



河北総合病院 / 河北総合病院 分院 / 河北サライトクリニック

河北透析クリニック / 河北ファミリークリニック南阿佐谷

御中

報告日：

年

月

日

## 調剤過誤報告書

担当医 科 先生	薬局名： 住所：
患者ID： 患者名：	電話番号： FAX番号：
処方箋交付日： 年 月 日	担当薬剤師名：

調剤過誤が発生したため、下記の通り報告します。 ※処方箋添付

調剤日時	年 月 日 時頃	判明者	<input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 医療機関
過誤判明日時	年 月 日 時頃		<input type="checkbox"/> その他（ ）
対象医薬品			
調剤過誤の状況及び対処経過			
調剤過誤医薬品名・用量・調剤過誤の原因等			
患者状況・家族の反応等			
今後の対応			
再発防止の対策			