



FAX 市立伊丹病院薬剤科 072-785-1199



調剤過誤等報告書(保険薬局用)

市立伊丹病院 薬剤科行

報告日: 年 月 日

患者ID	保険薬局名
患者名	所在地
処方箋日付 年 月 日	
診療科 科	電話番号
処方医	FAX番号
	管理薬剤師名 印
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	
患者の状態・家族の反応など	
患者への対応・ケアの内容	
再発防止の対応策(必ず記入)	

病院使用欄

--

※書ききれない場合は別紙に記載し添付してください
※報告書とともに処方箋のコピーを添付してください