

調剤過誤 事例報告書 (保険薬局用)

報告日:(西暦) 年 月 日
 送付資料 枚(この用紙を含む)

＜所属薬剤師会: 川口 戸田市 蕨市 その他() 所属していない＞

報告者	1. 保険薬局(名称・所在地・電話番号・FAX番号・E-mail) 2. 報告者役職 <input type="checkbox"/> 管理薬剤師 <input type="checkbox"/> 薬局長 3. 報告者名 *記載内容の確認をさせていただく場合がありますので、必ずご記入ください														
発生日時	(西暦)	年	月 日 (AM ・ PM 時 分)												
発見日時	(西暦)	年	月 日 (AM ・ PM 時 分)												
発見者	<input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> その他 ()														
内容	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 医薬品間違い</td> <td rowspan="4" style="border: none; vertical-align: middle;">} (正 :) (誤 :)</td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 規格間違い</td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 剤形間違い</td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 数(量)間違い</td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 禁忌・相互作用など見落とし</td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> その他 ()</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 医薬品間違い	} (正 :) (誤 :)		<input type="checkbox"/> 規格間違い		<input type="checkbox"/> 剤形間違い		<input type="checkbox"/> 数(量)間違い		<input type="checkbox"/> 禁忌・相互作用など見落とし		<input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 医薬品間違い	} (正 :) (誤 :)														
<input type="checkbox"/> 規格間違い															
<input type="checkbox"/> 剤形間違い															
<input type="checkbox"/> 数(量)間違い															
<input type="checkbox"/> 禁忌・相互作用など見落とし		<input type="checkbox"/> その他 ()													
服薬の有無	<input type="checkbox"/> あり → () 日間 又は () 回 <input type="checkbox"/> なし														
患者への説明内容															
過誤原因	<input type="checkbox"/> 処方内容の確認が不十分 <input type="checkbox"/> 薬学的な知識不足 <input type="checkbox"/> 患者の確認が不十分 <input type="checkbox"/> 思い込み <input type="checkbox"/> その他()														
	原因詳細分析														
発生時の業務状況	<input type="checkbox"/> 忙しい (<input type="checkbox"/> 電話が多い <input type="checkbox"/> 患者対応) <input type="checkbox"/> 通常どおり <input type="checkbox"/> 忙しくない														
再発防止対策															

※ 処方せんのコピーを必ず添付してください