調剤トラブル報告書

□インシデント（調剤過誤）　　　□アクシデント（調剤事故）

該当項目□に印を付けること。必要に応じてインシデントは報告・アクシデントに関しては医療機関にも報告

1. ※患者に健康被害が発生したものについては別に**調剤事故報告書（日薬）**へも記入

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | (フリガナ) | 生年月日  年齢・性別 | 年　　　月　　　日生  　歳　　　（男・女） |
|  |
| ＩＤ番号 |  | 医療機関名 |  |
| 受診科 |  | 処方医氏名 |  |

【B】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 処方箋発行日 | 平成　　　年　　　月　　　日 | | 調剤年月日 | 平成　　　年　　　月　　　日 |
| 1. トラブルの内容／　発生状況／　判明日時　　　年　　月　　日　　時　　分判明 | | | | |
| 1. 薬局での患者様に対して初期対応 | | 1. 薬局での処方医に対して連絡した内容 | | |
| 1. 経過及び今後の薬局での対応 | | | | |
| 備考欄 | | | | |
| 報告日：平成　　　年　　　月　　　日  薬局名：  　所在地：  電　話　：　　　　　　　　　　　ＦＡＸ：  担当薬剤師名： | | | | |

　　　　　支部および愛媛県薬剤師会（FAX 089-921-5353）に報告

**注意：支部と薬剤師会への報告は個人が特定できる【A】欄は消してから　FAX願います**

保険薬局

　　　　処方箋発行医療機関　へＦＡＸで報告