

報告日: 20 年 月 日

横浜市立脳卒中・神経脊椎センター
病院長

調剤過誤・苦情報告書

患者情報	
氏名	
ID	
診療科	科
処方 医師名	
処方箋 発行日	20 年 月 日

保険薬局情報	
薬局名	
所在地	〒
電話番号	()
FAX番号	()
管理 薬剤師名	

発生日時 (調剤日)	20 年 月 日() 時 分頃	発見方法	
発見日時	20 年 月 日() 時 分頃	発見者	
事実経過(時系列で記入、処方箋コピー添付)			
患者の状態・家族の反応等			
医師への報告: _____ 医師 20 年 月 日() 時 分頃 直後の対応			
発生した要因			
実施済み又は考えられる改善策			
病院へ報告することに対する患者同意 <input type="checkbox"/> 同意			

病院使用欄(記入しないでください)	処理日	薬剤師
-------------------	-----	-----

※報告書とともに処方箋のコピーをセンター薬剤部まで郵送してください(FAX送信不可)。