

調剤過誤等報告書

西宮市立中央病院院長殿

報告年月日： 年 月 日

保険薬局名

所在地

管理薬剤師名

印

電話番号

F A X 番号

患者 I D 番号		処方せん発行日	
患者イニシャル		外来診療科(主治医)	
患者住所 (T E L)			
調剤過誤等内容			
発見の経緯			
患者の状態			
対応措置の状況			
調剤過誤等の原因			
その他			

指示等

指示等年月日	年 月 日	受付者	
措 置			
備 考			

[注意事項]

- ・調剤過誤等に関する報告は原則として F A X で行って下さい。
- ・報告時には、処方せんも併せて F A X して下さい。
- ・処方せんの患者氏名は、判読できないようにして下さい。

西宮市立中央病院 代表電話番号： 0 7 9 8 - 6 4 - 1 5 1 5

薬剤部 F A X 番号： 0 7 9 8 - 6 6 - 8 8 2 3