**FAX:和歌山労災病院（薬剤部）073-454-5015**

**和歌山労災病院　御中** **報告日：　　　年　　月　　日**

調剤過誤報告書

|  |  |
| --- | --- |
| 処方医　　 　　　　　　　　科  先生　御机下 | 保険薬局　名称・所在地 |
| 患者ID ：  患者氏名：  生年月日：　　　　　　　　　　（　　歳） | 電話番号： |
| FAX番号： |
| 薬剤師名：  印 |

調剤過誤は発見次第、必ず処方医に報告し指示に従ってください。

また、本報告書を薬剤部にFAXしてください。（処方せんコピーを添付のこと）

|  |
| --- |
| （調剤過誤の内容）  （発見の経緯と過誤の対応）  （患者の状態）  （再発防止策・改善策） |