



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 :	電話番号 :
患者氏名 :	FAX 番号 :
生年月日 : (歳)	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)