

調剤事故報告書

薬局→県薬→日薬

平成 年 月 日()報告

| | |
|---|----------------------|
| 報告者名: | 薬局名: |
| TEL: | FAX: |
| 薬局住所: 〒 | |
| 開設者名: | 管理薬剤師名: |
| 当該薬剤師名: | 常勤・非常勤／男・女／ 歳／調剤経験 年 |
| 患者年齢: 歳 | 患者性別: 男性 ・ 女性 |
| 調剤日時: 年 月 日 時頃 | 判明日時: 年 月 日 時頃 |
| 処方内容(処方せんコピー添付)・事故の概要: | |
| 薬局への事故報告者: | |
| <input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 患者の家族(続柄:) <input type="checkbox"/> 処方せん発行医療機関 <input type="checkbox"/> 処置した医療機関 <input type="checkbox"/> 他薬局薬剤師 <input type="checkbox"/> その他() | |
| 薬局への通報内容・事故発見の経緯: | |
| 事故原因: | |
| 被害状況: | |
| 事故レベル: | |
| <input type="checkbox"/> 観察、検査のみ必要 <input type="checkbox"/> 治療必要 <input type="checkbox"/> 後遺症有り() <input type="checkbox"/> 死亡 | |
| 薬局の対応: | |
| 関係機関への連絡状況(報告先): | |
| <input type="checkbox"/> 都道府県薬剤師会(担当者名:) <input type="checkbox"/> 保健所等() <input type="checkbox"/> 警察() <input type="checkbox"/> 損保会社(会社名・担当者名:) | |
| 薬局のとした再発防止策等: | |