

## 調剤事故(過誤、プロトコール違反)報告書

報告日: 令和 年 月 日

|  |   |                |              |
|--|---|----------------|--------------|
| 報告者名:  |   | 薬局名:           |              |
| TEL:   |   | FAX:           |              |
| 薬局所在地: 〒   |   |                |              |
| 開設者名:  |   | 管理薬剤師名:        | 医薬品安全管理責任者名: |
| 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(処方箋コピー(個人情報に係る部分は削除)を添付)・事故(過誤)の概要(疑わしい場合も含めて):   |   |                |              |
| 薬局への事故(過誤)報告者:<br><input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 患者の家族(続柄: ) <input type="checkbox"/> 処方箋発行医療機関<br><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(過誤)発見の経緯:  |   |                |              |
| 事故(過誤)原因:  |   |                |              |
| 被害者の状況(健康被害・要望・要求等):   |   |                |              |
| 事故(過誤)レベル:<br><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):<br><input type="checkbox"/> 都道府県薬剤師会(担当者名: ) <input type="checkbox"/> 保健所等( )<br><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:  |   |                |              |

※書ききれない場合は、別紙に記入し添付して下さい。

日薬版201312