**調剤過誤　事例報告書（保険薬局用）**

**埼玉県済生会川口総合病院薬剤部　薬剤部長　宛**

**（薬剤部直通　FAX:048-229-8548）**

報告日：(西暦)　　　　　　　年　　　　　月　　　　日

送付資料　　　　　　枚（この用紙を含む）

**＜所属薬剤師会：　□川口　　□戸田市　　□蕨市　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　）　　□所属していない＞**

|  |  |
| --- | --- |
| 報 告 者 | 1.　保険薬局（名称・所在地・電話番号・FAX番号・E-mail）2.　報告者役職　　□ 管理薬剤師　　□ 薬局長3.　報告者名\*記載内容の確認をさせていただく場合がありますので、必ずご記入ください |
| 発生日時 | (西暦)　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　（　AM　･　PM　　　　　　　　時　　　　　　　分） |
| 発見日時 | (西暦)　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　（　AM　･　PM　　　　　　　　時　　　　　　　分）9.　禁忌 ・ 相互作用など見落とし10.　薬情/薬袋/ラベル記載もれ11.　その他 ( 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 )  |
| 発 見 者 | □　患者　　　　　　　　　　　　　　　□　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 内　　容 | □　医薬品間違い　(　正 : 　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　)(　誤 : 　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　)□　規格間違い□　剤形間違い□　数（量）間違い□　禁忌 ・ 相互作用など見落とし　□　その他　( 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 ) |
| 服薬の有無 | □ あり → ( ) 日間　又は（　　　　　　）回　　　　　　□ なし |
| 患者への説明内容 |  |
| 過誤原因 | □　処方内容の確認が不十分　　□　思い込み　　　　　　　　　　　　 | □ 薬学的な知識不足　　　□　患者の確認が不十分□ その他（　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 原因詳細分析 |
| 発生時の業務状況 | □ 忙しい　（　□ 電話が多い □　患者対応　）　　　　　　　□　通常どおり□ 忙しくない |
| 再発防止対 策 |  |

※処方せんのコピーを必ず添付してください