



※処方箋のコピーを別途添付してください

報告日 ____年 ____月 ____日

調剤過誤報告書

患者 ID :	保険薬局 名称・所在地
患者名 :	電話番号 : FAX 番号 : 担当薬剤師名 : 印
処方医 科	
処方交付日 :	

下記の通り、調剤過誤が発生したため、ご報告いたします。

過誤の内容・背景・原因

発生経緯 ※処方箋受付→投薬→判明→報告と時系列で記載すること。

患者様の状況・対応（把握できる範囲でご記入下さい）

- 服用あり、明らかな体調変化がみられる
- 服用あるが、明らかな体調変化はない
- 服用なし
- その他

患者への対応・説明・医師に報告したときの指示

病院および他の医療機関への対応

再発防止策

汎用されている他の様式をご使用いただいても結構です。