

インシデントレポート

(保険調剤薬局 ⇒ 公立豊岡病院薬剤部 FAX. 0796-22-0939)

年 月 日

種類 調剤過誤 その他 ()

発生日時

年 月 日

午前・午後 時 分頃

発生場所

患者ID番号 _____

患者氏名 _____ 性別 (男・女)

生年月日 _____ 年 月 日 年齢 _____ 歳

患者電話番号 _____ 処方日 _____ 年 月 日

処方科 _____ 科 処方医師名 _____

発生状況 (概要と経過)

対応と経過、説明に対する患者・家族の反応

今後への教訓・注意・防止策

保険調剤薬局名

所在地

TEL

管理薬剤師名