



東北公済病院 薬剤科宛
FAX:022-225-2319

東北公済病院御中

報告日: 年 月 日

保険薬局名:
連絡先TEL:
報告者氏名
責任者氏名

調剤事故・インシデントレポート

下記□に当てはまるものに印を付け(複数選択可)、必要事項をご記入ください。

A. 調剤ミス等発生日時	年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分頃
B. 調剤ミス等対処日時	年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分頃
C. 患者情報	ID: 氏名: 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 年齢 歳
D. 当該薬剤師について	勤務経験年数:約 年 (<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤)
E. ミス等に気付いた時点	<input type="checkbox"/> 調剤時 <input type="checkbox"/> 監査時 <input type="checkbox"/> 薬剤交付時 <input type="checkbox"/> 薬剤交付後 <input type="checkbox"/> その他
F. ミス等の発見者	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 患者・家族 <input type="checkbox"/> 処方医 <input type="checkbox"/> その他
G. ミス等の内容	
H. ミス等の対象となった医薬品(規格等を含む)	正: 誤:
I. ミス等の原因	<input type="checkbox"/> 1.処方箋の不備 <input type="checkbox"/> 7.注意力の不足(1~5の場合を除く) <input type="checkbox"/> 2.処方箋の読み間違い・無理な判読等 <input type="checkbox"/> 8.知識の不足(複数規格の存在を知らなかった等) <input type="checkbox"/> 3.処方内容の薬学的確認が不十分 <input type="checkbox"/> 9.自己判断や思い込みによる処理 <input type="checkbox"/> 4.疑義照会の不徹底 <input type="checkbox"/> 10.薬歴活用・患者情報の収集等が不十分 <input type="checkbox"/> 5.調剤後の鑑査が不十分 <input type="checkbox"/> 11.その他() <input type="checkbox"/> 6.患者の確認・特定が不十分
J. 【事故の経過と状況】	
K. 【発生後の対処と結果】医師への報告の有無:	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
L. 【患者の状況】患者の健康被害の有無:	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
M. 【主な原因と今後の改善策】	