

調剤過誤連絡用紙

佐野厚生総合病院 宛

記入日： 年 月 日

患者様情報		
患者 イニシャル	(姓)	(名)
患者ID		
診療科		
保険医氏名		
処方せん 交付年月日		

保険薬局様情報	
保険薬局名	
所在地	
電話番号	
FAX番号	
薬剤師氏名	

調剤日時	年	月	日	時	分頃
過誤判明日時	年	月	日	時	分頃
調剤過誤の概要					
患者様の状況・家族の反応等					
今後の対応					
再発防止策					

【注意事項】

- ・調剤過誤発生時は、佐野厚生総合病院 薬剤部へ連絡し、指示を受け対応して下さい
- ・対応後、この用紙で結果を報告して下さい
- ・記載内容は重要な個人情報ですので、送り先に間違いのないよう送って下さい

【FAX受付時間】 平日 ; 8:30~17:00 第1, 3, 5土曜日 ; 8:30~12:45

佐野厚生総合病院 薬剤部 FAX番号 : 0283-22-5381

様式4(Ver.201704)