

※処方箋は左右切り離さないでください  
(処方箋右側のバーコードで認識します)

FAX送信先  
福岡徳洲会病院 薬剤部 宛

FAX番号 092-592-1603

<様式3>

# 調剤過誤 報告書

送信枚数 全 \_\_\_\_\_ 枚

※当該処方箋と一緒に送信してください

FAX送信日、薬局名、薬剤師名、電話番号、FAX番号									
処方箋交付日					診療科				
処方箋左上部の番号8桁							患者さま氏名		
							-		

通信欄
-----

■ 当院の処方箋をお取扱いいただく際には、必ず当院ホームページをご参照のうえ  
対応のほどよろしくお願いたします

<http://f-toku.jp/>

トップページ ⇒ 医療関係者の皆様へ ⇒ 調剤薬局の方へ

■ 発覚後は速やかに薬剤部までご連絡ください。  
枠が足りない場合や、ご施設で準備した様式で報告される場合は本様式を表紙  
としてご利用下さい。

過誤の内容・背景・原因
患者様の状況・対応(把握できる範囲でご記入下さい) <input type="checkbox"/> 服用あり、明らかな体調変化がみられる <input type="checkbox"/> 服用あるが、明らかな体調変化はない <input type="checkbox"/> 服用なし <input type="checkbox"/> その他
病院および他の医療機関への対応
再発防止策

※病院薬剤師使用欄

医師への報告	部長報告	インシデント入力	朝礼終礼報告	FAX取込提出	最終確認