

< 様式1 >

## 調剤過誤報告書

報告日                      年      月      日  
薬局名  
報告者

ここに処方せんを重ねて  
FAXして下さい。

過誤等の内容・原因・背景

患者の状況・対応

☐ 服用（使用）した                                      ☐ 服用（使用）していない  
    [ 服用（使用）数[                                      ]  
      ☐ 体調変化有り      ☐ 体調変化なし

処方医師への対応

再発防止策・改善策

問い合わせ：松江市立病院 薬剤部 調剤室（9:00～17:00） TEL（0852）60-8000

FAX：松江市立病院 医事課 FAX（0852）60-8010

松江市立病院 薬剤部