

舟入市民病院 薬薬連携における調剤リスク報告（様式） 報告日 年 月 日

	診療科／	処方医／
患者の・	ID／	氏名／
保険薬局名（連絡先） （担当者の氏名）	担当／	（tel／ ）
当院への 電話連絡 等	1. 医師に連絡済み 2. 薬剤科に連絡済み 3. 未連絡	
日付	処方日／	調剤日（時）／
リスクの種類	1. 過誤があり、患者さんが使用した。 2. 過誤はあったが、患者さんが使用しなかった。 3. 過誤を起こしそうになり、今後検討課題が残った。 4. 単なる数量不足だが、治療に関して患者さんに迷惑をかけた。 5. その他（ ）	
リスク発生が 判明した日時 等		
リスクの内容 発生内容 発生時の対応		
対応の結果		
発生の要因		
再発防止策・その他		

2023年12月15日作成