

医療安全に関する報告書

報告日： 年 月 日

|                    |  |   |       |      |
|--------------------|--|---|-------|------|
| 保険薬局名：             |  |   |       |      |
| 所在地：               |  |   |       |      |
| 電話番号：              |  |   |       |      |
| 担当薬剤師名：            |  |   |       |      |
| 患者氏名：              |  |   | 患者ID： |      |
| 発生日時：              |  | 年 | 月     | 日 時頃 |
| 発見日時：              |  | 年 | 月     | 日 時頃 |
| 事例の具体的な内容：         |  |   |       |      |
|                    |  |   |       |      |
| 事例の背景・要因：          |  |   |       |      |
|                    |  |   |       |      |
| 対応及び経過（患者等への説明含む）： |  |   |       |      |
|                    |  |   |       |      |
| 実施した、もしくは考えられる改善策： |  |   |       |      |
|                    |  |   |       |      |