

医療安全に関する報告書

平成 年 月 日

大阪医科大学附属病院

科 先生

調剤薬局 名称	_____
所在地	_____
TEL	_____ FAX _____
保険薬剤師氏名	_____ 印

下記についてご報告いたします

患者氏名 _____ 様 _____ 歳(男・女) ID _____

処方箋交付日 平成 年 月 日 診療科名 _____

発生日時 平成 年 月 日 時 分頃

○事例内容(□アクシデント □インシデント □ヒヤリ・ハット □トラブル □クレーム □ファインド)

.....
.....
.....
.....

○原因分析

.....
.....
.....
.....

○対応

.....
.....
.....
.....

○再発防止・改善策

.....
.....
.....
.....