

(様式2)

# 調剤過誤報告書

報告年月日：平成 年 月 日

兵庫県立こども病院院長様

保険薬局名  
薬局所在地  
開設者名 \_\_\_\_\_ 印  
管理薬剤師名 \_\_\_\_\_ 印  
電話番号  
FAX 番号

患者 ID 番号		処方せん発行日	
患者氏名		外来診療科 (主治医)	
患者住所 (TEL)	( )		
調剤過誤の内容			
発見の経緯			
患者の状態			

【注意事項】・ 調剤過誤報告書は、押印の後、処方せんを添えて送付する。

(FAX : 078-732-7048)