

(様式1)

# 調剤過誤概要報告書

報告年月日：令和 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  
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】・ 調剤過誤は、発見次第、概要報告書と処方せんを添えて報告して下さい  
・ 詳細については、調剤過誤報告書を提出して下さい。