

※薬剤部 FAX 番号：06-6480-7771

調剤過誤報告書

報告日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

兵庫県立尼崎総合医療センター長 様

薬局名
薬局所在地
管理薬剤師名
TEL等
印

1 患者氏名	
2 患者住所	
3 処方内容 ※処方箋の写しを添付して 下さい。	
4 処方医	
5 調剤過誤の内容	
6 発見の経緯	
7 措置	
8 調剤過誤の原因	
9 今後の対策	

※尼崎総合医療センター 担当者記載欄

受付日		受付者	
措置			