

医療安全に関する報告書

____年 ____月 ____日

大阪医科薬科大学病院

薬剤部長 殿

保険薬局 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 _____ 年 ____ 月 ____ 日 診療科名 _____

発生日時 _____ 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

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