

# 医療安全に関する報告書

年 月 日

大阪医科薬科大学病院

科 先生

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

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