

(院外様式 3)

調剤過誤概要報告書

処方日 年 月 日

大阪歯科大学附属病院 病院長 様

保険薬局名
薬局所在地
管理薬剤師名
電話番号
FAX 番号

印

| | | | |
|----------------|-----|-----------|--|
| 患者氏名 | | | |
| 患者住所 (電話番号) | () | | |
| 患者 ID | | 院外処方箋 No. | |
| 保険医氏名 | | 診療科名 | |
| 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、発見次第調剤過誤概要報告書(院外様式 3)と院外処方せんを添えて報告する。
詳細は後日、調剤過誤報告書(院外様式 4)を提出する。

(大阪歯科大学附属病院 医事課 FAX 番号 : 06-6910-1071)

大阪歯科大学附属病院 受付者

| | | | |
|-----|--|----|--|
| 医事課 | | 備考 | |
|-----|--|----|--|