

(保険薬局用) インシデントレポート

報告日： 年 月 日

報告者名：		薬局名：	
TEL：		FAX：	
薬局所在地：			
開設者名：	管理薬剤師名：	医薬品安全管理責任者名：	
当該薬剤師名：		歳/調剤経験	年
患者氏名：		患者ID：	
調剤日時： 年 月 日 時頃	判明日時： 年 月 日 時頃		
処方内容・インシデントの具体的な内容：			
インシデントが発生した要因：			
事例に対するその後の対応及び経過：			
実施した、もしくは考えられる改善策：			
患者への説明の有無： 有・無		患者への説明の内容：	

各項目については別紙での報告でも構いません。 本レポートはすみやかにご提出お願いいたします。