名古屋医療センター　薬剤部　宛 FAX 　052-971-0776  
**（保険薬局用）インシデントレポート** 報告日： 　 年 　 　 月 　 　 日

★インシデント発覚時は速やかに主治医に電話連絡し、指示に従い対応ください。  
その後、インシデントレポートを作成し、FAXしてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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（医師の指示等を含む）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。  
 　　　　　　　　　国立病院機構名古屋医療センター　薬剤部　 〒460-0001　名古屋市中区三の丸4-1-1