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