**尾道市立市民病院【インシデント報告書】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 報告日 |  | 処方せん交付日 |  |
| 薬局名 |  | 処方No. |  |
| 薬剤師名 |  | 診療科：処方医 |  |
| TEL |  | 患者番号 |  |
| FAX |  | 患者名（ｲﾆｼｬﾙ） |  |
| インシデント内容 |  | | |
| 発見の経緯 |  | | |
| 患者の状態 |  | | |
| 家族の反応 |  | | |
| 保険薬局の対応 |  | | |
| その他  （病院への連絡など） |  | | |
| 病院側の対応  （医師の指示など） |  | | |

【注意事項】

インシデント発生時は速やかに処方医へ連絡し、直接指示を仰いでください。

この報告書に必要事項を記入し、薬剤部へFAXしてください。

プライバシー保護のため、患者名はイニシャルを記入してください。

TEL：0848-47-1155（代表）　、FAX：0848-55-9059（薬剤部）