

医療安全に関する報告書

連絡日	保険薬局名
診療科	住所
処方医 先生御机下	
患者ID	電話番号
患者名 様	FAX番号
生年月日 (年齢)	担当薬剤師名
性別	

平素より大変お世話になっております。

医療安全に関わる事例（インシデント事例など）が発生しましたので、以下の通り、報告いたします。

ご確認いただきますようお願い申し上げます。

内容：

対応：

患者等への説明、納得度：

再発防止：

病院記入欄（病院の対応等）	