保険薬局トラブル報告書

□　調剤過誤
□　患者からの苦情
□　その他

FAX 送付先　045(833)2826
済生会横浜市南部病院
医事課　御中

発生日：　　年　　月　　日 （　　）	発生時間：
薬局名： 報告者名：	住所： 電話：
病院診察券Ｎｏ．	診療科：
患者イニシャル： （例：南部　太郎　→　Ｎ．Ｔ．）	生年月日：　　年　　月　　日 年齢：　　歳

内容：

対応・処置：

患者・家族への説明、納得度：

病院の対応等[病院記入欄]：

受領後の処理：医事課　→　薬剤部　→　医療安全管理室

20080401