（ 様式２ ）

様式１ 事故・苦情受付票と合わせて提出してください。

兵庫県薬剤師会 調剤事故・インシデント事例報告書

報告日：平成　　年　　月　　日

支　部		薬局名	
連絡先		担当者	

下記の□の当てはまるものに印を付け（複数選択可）、必要事項をご記入ください。

A．調剤ミス等発生日時	平成　　年　　月　　日（　　曜日）午前・午後　　時　　分頃
B．当該薬剤師について	調剤経験年数 ： 約　　年　（□ 常 勤 ・ □ 非 常 勤 ）
C．ミス等に気付いた時点	□ 調剤時　□ 鑑査時　□ 薬剤交付時　□ 薬剤交付後　□ その他
D．ミス等の発見者	□ 薬剤師　□ 患者・家族　□ 処方医　□ その他
E．ミス等の内容	

□	1．錠剤・カプセル剤の計数の誤り	□	8．他薬・異物等の混入
□	2．散剤・液剤の秤量・計量の誤り（倍数の計算間違い等を含む）	□	9．調剤漏れ
		□	10．交付漏れ
□	3．同じ医薬品の規格の誤り	□	11．薬袋の入れ間違い
□	4．他薬を調剤	□	12．交付相手の間違い
□	5．禁忌、相互作用等の見落とし	□	13．薬剤情報提供文書・薬袋の記載ミス
□	6．処方せんの記載ミスに気付かず調剤	□	14．服薬指導の誤り
□	7．一包化の間違い	□	15．その他（　　）

F．ミス等の対象となった医薬品（規格等を含む）	正	
	誤	
G．ミス等の原因		

□	1．処方せんの読み間違い・無理な判読等	□	6．注意力の不足（1～5の場合を除く）
□	2．処方内容の薬学的確認が不十分	□	7．知識の不足(複数規格の存在を知らなかった等)
□	3．疑義照会の不徹底	□	8．自己判断や思い込みによる処理
□	4．調剤後の鑑査が不十分	□	9．薬歴活用・患者情報の収集等が不十分
□	5．患者の確認・特定が不十分	□	10．その他（　　）

H．患者の健康被害の有無	□有り（下記Ｉに患者の年齢・性別及び健康被害の状況等を簡潔に記載してください） □無し
I．概要	（E～Hの補足、ミスが起きた背景等を記載してください）

J．□ 解決済
　□ 未解決

K．再発防止策・改善策	（上記の事故・ミス等をきっかけとして局内で実施した再発防止策・改善策があれば記載してください。また、改善例の写真等、参考資料があれば添付してください）