**岩見沢市立総合病院　インシデント・アクシデント報告書**

報告日：　　　　　年　　　 　月　　　　日

※下表のリスク分類2以上のアクシデントが生じた場合は、まず電話にて医師へ直接ご連絡をお願いします。

連絡先は0126-22-1650（代表）から医師PHSへの取次ぎになります。

対応終了後にこの用紙をFAXして下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 保険薬局名・所在地： | 患者ID：氏名：年齢：診療科： |
| 薬局FAX：　薬局TEL：薬剤師氏名： | 処方箋発行日：調剤日時：判明日時： |

|  |
| --- |
| インシデント・アクシデントの概要： |
| 判明の経緯：患者の健康状態： |
| 薬局の対応：対応後の患者（家族）の反応： |
| インシデント・アクシデントの発生原因：再発防止策等： |
| **リスク分類：** |

【リスク分類について】

|  |  |
| --- | --- |
| 1　　インシデント | 患者に誤った薬剤を交付したが、患者は使用せず |
| 2　　インシデント（健康被害なし） | 患者は薬剤を使用したが、特に健康被害無し |
| 3a 　インシデント（外来通院） | 患者は薬剤を使用し、軽度の健康被害あり。外来通院による観察、検査、治療が必要 |
| 3b　 アクシデント（入院） | 患者は薬剤を使用し、健康被害あり。入院治療が必要 |
| 4　 　アクシデント（後遺症あり） | 患者は薬剤を使用し、健康被害あり。後遺症あり |
| 5　 　アクシデント（死亡） | 患者は薬剤を使用し、死亡 |

FAX送信先：　岩見沢市立病院　薬剤部　0126-22-1850

2025年9月作成　ver.1.1