

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:	処方箋発行日:	
薬局 TEL:	調剤日時:	
薬剤師氏名:	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、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