

インシデント・アクシデント事例報告書【八尾薬薬連携版】

主治医： 科 先生 御机下	保険薬局 名称（所在地・電話番号・FAX 番号）
患者番号： 患者氏名：	担当薬剤師名：
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていない。	

当薬局において発生したインシデント・アクシデント事例について、下記のとおりご報告いたします。

処方箋交付日： 年 月 日	調剤日： 年 月 日
処方元：	
事例の発生日時： 年 月 日 午前・午後 時 分ごろ	
事例に気づいた時点： <input type="checkbox"/> 調剤時 <input type="checkbox"/> 鑑査時 <input type="checkbox"/> 薬剤交付時 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
事例に気づいた人物： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
事例の内容： <input type="checkbox"/> 錠剤・カプセル剤の計数の誤り <input type="checkbox"/> 処方箋の記載ミスに気づかず調剤 <input type="checkbox"/> 薬袋の入れ間違い <input type="checkbox"/> 散剤・水剤の秤量・計量の誤り <input type="checkbox"/> 一包化の間違い <input type="checkbox"/> 交付相手の間違い <input type="checkbox"/> 同じ医薬品の規格の誤り <input type="checkbox"/> 他薬・異物等の混入 <input type="checkbox"/> 薬剤情報提供文書・薬袋の記載ミス <input type="checkbox"/> 他薬を調剤 <input type="checkbox"/> 調剤漏れ <input type="checkbox"/> 服薬指導の誤り <input type="checkbox"/> 禁忌、相互作用等の見落とし <input type="checkbox"/> 交付漏れ <input type="checkbox"/> その他	
事例の対象となった医薬品 （剤形規格等を含めて記載）	誤： 正：
事例のレベル（下記を参考に、0～5 で記入してください。）：レベル（ ）	
事例の原因： <input type="checkbox"/> 処方箋の読み間違い・無理な判読等 <input type="checkbox"/> 調剤後の監査が不十分 <input type="checkbox"/> 知識の不足 <input type="checkbox"/> 処方内容の薬学的確認が不十分 <input type="checkbox"/> 患者の確認・特定が不十分 <input type="checkbox"/> 自己判断や思い込みによる処理 <input type="checkbox"/> 疑義照会の不徹底 <input type="checkbox"/> 注意力の不足 <input type="checkbox"/> 薬歴活用・患者情報の収集等が不十分	
事例の内容・経過（患者対応等も含めて）（欄が足りない場合は、別紙を添付してください。）	
事例の再発防止策・改善策（欄が足りない場合は、別紙を添付してください。）	

*****病院記入欄（回答・指示）*****

記入日： 年 月 日	記入者：
------------	------

- レベル 0：薬剤交付前に見つけた。
- レベル 1：薬剤交付し、患者が気づき服用していない。
- レベル 2：薬剤交付し、誤った薬を服用。健康被害はなかったが、経過観察中。
- レベル 3：治療、入院を要した。
- レベル 4：後遺症が残るほどの重大な健康被害が出た。
- レベル 5：事故が発生して、患者が死亡した。

- 報告書は、処方箋を添付し、病院と薬剤師会事務所へ提出してください。レベル 0 に関しては、薬剤師会へのみの提出をお願いします。
- 薬局名などは公表することはありませんが、情報を共有するため、研修会等で発表することがあります。