令和○年○月○日

○○薬局

管理薬剤師　○○○○先生

静岡医療センターFAXコーナー

FAX：055-983-0297

一般社団法人沼津薬剤師会

　　センター薬局　櫻井伸弘

[TEL：055-973-1005](TEL:055-973-1005)

FAX：055-973-1042

調剤過誤報告書の件

表題の件、静岡医療センターの書式を送付いたしますので、処方医宛に１部、薬剤部長宛に１部、計２部と当該処方箋の写しを本日中にFAXコーナーまで提出（FAX）してください。

なお、過誤内容・発生状況は発覚の経緯、患者の服用状況も含めて詳細に記載してください。患者の状態・発生後の対応は、患者の状況、患者への謝罪等も含めた対応を詳細に記載してください。謝罪、説明等が、まだ済んでない場合は、予定を含めて記載ください。

既に他書式でご提出のところ、誠に申しわけありませんが、対応の程よろしくお願い致します。