栃木県立がんセンター　薬剤部宛て

**医薬品安全に関する報告書**【報告日時】　　　年　　月　　日（　）

【保険薬局名】

【所在地】

【電話番号】

【FAX番号】

【担当薬剤師名】

【患者氏名】　　　　　　　　　　　　　　　　【患者ID】

【発生日時】　　　年　　月　　日（　）　　00:00頃

【発見日時】　　　年　　月　　日（　）　　00:00頃

【事例の具体的内容】

【事例が発生した背景・要因】

【対応及び経過（患者等への説明含む）】

【実施した、若しくは考えられる改善点】