

麻 薬 事 故 届

麻薬免許証の有効期間開始日を記入してください。

免許証の番号	〇〇〇〇〇〇	免許年月日	平成〇〇年1月1日
免許の種類	麻薬管理者		
麻薬業務所	所在地	高知市丸ノ内1丁目2番20号	
	名称	医療法人高知会 県庁病院	
事故が生じた 麻薬	品名	数 量	
	塩酸モルヒネ注射10mg	2アンプル	
事故発生の状況 〔事故発生年月日〕 〔場所、事故の種類〕	<p>(例)</p> <p>平成26年2月10日15時頃、入院患者〇〇〇〇へ払い出した塩酸モルヒネ注射液10mgのうち、未施用分6アンプルが返納されたため、薬剤師◆◆◆◆が調剤室内の麻薬金庫へ戻そうとしたところ、手をすべらせ2アンプルを誤って落としてしまった。アンプルは破損し、薬液は回収不能となった。</p> <p>詳細に記載してください。</p>		

上記のとおり、事故が発生したので届け出ます。

平成26年2月11日

住所 法人にあっては、主たる事務所の所在地 **高知市丸ノ内1丁目2番20号**

氏名 法人にあっては、名称 **高知 太郎 印**

高知県知事 **尾崎 正直** 殿

- ① 麻薬管理者のいる診療施設にあっては、麻薬管理者の住所、氏名、押印とする。
- ② 麻薬管理者のいない診療施設にあっては、麻薬施用者の住所、氏名、押印とする。

管理者もしくは施用者の届出(診療施設の場合)