

| | | |
|---------------|----------------------------|----------------|
| 取扱課 薬務課長 殿 | 経由機関名 茨城県 保健所 (衛生課扱) | 経由第 号 年 月 日 |
|---------------|----------------------------|----------------|

別記第18号様式(第12条の5関係)

麻薬事故届

| | | | |
|---------------------------------|---|---------------|-----------|
| 免許証の番号 | 第〇〇-〇〇〇〇号 | ①免許年月日 | 〇〇年〇〇月〇〇日 |
| ②免許の種類 | 麻薬管理者 | | |
| 麻薬 | 所在地 | 日立市〇〇町1-2-3 | |
| 業務所 | 名称 | 医療法人●●会 衛生課病院 | |
| 事故が生じた麻薬 | 品名 | 数量 | |
| | モルヒネ塩酸塩注射液 10mg | 3A | |
| ③事故発生の状況 事故発生年月日 場所、事故の種類 | 平成〇年〇月〇日午後1時頃、入院患者××へ払い出したモルヒネ塩酸塩注射液 10mgのうち未使用分の6Aが返納されたため、薬剤師の△△が調剤室内の保管庫へ戻そうとしたところ、手を滑らせ、誤って3A破損させ、回収不能になった。 | | |
| 上記のとおり、事故が発生したので届け出ます。 | | | |
| ④〇〇年〇〇月〇〇日 | | | |
| ⑤住所 水戸市××町1234 | | | |
| ⑤氏名 茨城 太郎 | | | |
| 茨城県知事 殿 | | | |

<記入上の注意>

- ①免許証の有効期間開始日を記入する。
- ②該当する免許の種別を記載する。
- ③できるだけ詳しく記載する。
- ④窓口届け出る日を記入する。
- ⑤麻薬管理者のいる診療施設にあつては、麻薬管理者の自宅住所と氏名を記入する。麻薬管理者のいない診療施設にあつては、麻薬施用者の自宅住所と氏名を記入する。