

麻薬事故届

(アンプル剤破損流出事故の場合)

麻薬免許の番号、種類(施用・管理等)、有効期間の始期を各欄に記入

免許証の番号	第〇〇〇〇〇号	免許年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
免許の種類	※麻薬〇〇者		
麻薬業務所	所在地	※免許証記載の業務所所在地の他、電話番号も記入 (事故の詳しい状況の確認が必要となることあるため) TEL() - -	
	名称	※免許証に記載の業務所名称を記入	
事故が生じた麻薬	品名	数量	
	※1 品名は規格ごとに正確に記入 ※2 数量は、単位(アンプル(A))も記入		
事故発生の状況 (事故発生年月日 場所、事故の種類)	事故発生年月日; 令和〇年〇月〇日 事故発生場所; 例) 〇病棟ナースステーション 事故の種類; 破損 事故の概要; 例) 看護師がシリンジに吸引する際に アンプルを床に落下させ破損した (回収量; 例) 0.4mL 回収麻薬の廃棄方法; 例) 放流) 回収した麻薬は、麻薬管理者が他の職員の立会の下で廃棄し、帳簿に記録 事故の概要は具体的に記入		
上記のとおり、事故が発生したので届け出ます。			
令和 年 月 日	窓口に届け出る年月日を記入 (事故発生後、速やかに届出)		
住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地) ※免許証記載の麻薬取扱者(麻薬管理者を設置していない診療施設は麻薬施用者)の住所を記入			
氏名(法人にあっては、名称) ※免許証記載の麻薬取扱者の氏名(法人の場合は名称、長の職名、氏名)を記入			
福岡県知事 殿			

- (注意) 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、氏名とする。

麻薬事故届

(アンプリ剤破損流出以外の事故の場合)

麻薬免許の番号、種類(施用・管理等)、有効期間の始期を各欄に記入

免許証の番号		第〇〇〇〇〇号	免許年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
免許の種類		※麻薬〇〇者		
麻薬業務所	所在地	※免許証記載の業務所所在地の他、電話番号も記入 (事故の詳細な状況の確認が必要となることがあるため) TEL() - -		
	名称	※免許証に記載の業務所名称を記入		
事故が生じた麻薬		品名	数量	
		※1 品名は規格ごとに正確に記入(例:塩酸モルヒネ錠、塩酸モルヒネ注射液10mgなど) ※2 数量欄は、単位(錠(T)、アンプリ(A)、gなど)も記入 ※3 品目が多い場合は、欄を増やすか、「別紙のとおり」と記入し、別紙により届出		
事故発生の状況 (事故発生日、場所、事故の種類)		事故発生日: 令和〇年〇月〇日 事故発生場所: 例) 〇病棟 事故の種類: 例) 所在不明 事故の概要: 例) 〇月〇日、ナースステーション保管の入院患者の麻薬の残数確認の際、1錠紛失していることが発覚		
上記のとおり、事故が発生したので届け出ます。		※事故の概要は具体的に記入(「調剤中に分包紙のセットミスで飛散した」「持続注入器のチューブが外れて中身が流出した」等) ※回収分がある場合は、回収量とその処置(「麻薬廃棄届提出」又は「調剤済麻薬廃棄届提出」)を記入。正しい処置が不明な場合は、薬務課まで御連絡ください。 ※全量回収した場合、事故届の提出は不要。回収分がない場合、「回収なし」と記入 ※所在不明や盗取等の場合は、保健所等へ電話にて第一報を入れ、指示に従うこと(別途詳細な報告書等を求める場合もあります)。		
令和 年 月 日		窓口に届け出る年月日を記入 (事故発生後、速やかに届出)		
住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地) ※免許証記載の麻薬取扱者(麻薬管理者を設置していない診療施設は麻薬施用者)の住所を記入		氏名(法人にあっては、名称) ※免許証記載の麻薬取扱者の氏名(法人の場合は名称、長の職名、氏名)を記入		
福岡県知事		殿		

(注意) 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、氏名とする。