

麻薬事故届

該当する免許の種別を記入してください。

免許の有効期間の開始年月日を記入してください。

免許証の番号	第30000号	免許年月日	令和〇年 1月 1日
免許の種類	麻薬管理者		
麻薬業務所	所在地	仙台市青葉区本町3丁目8-1	
	名称	宮城県庁病院	
事故が生じた麻薬	品名	数	量
	モルヒネ塩酸塩注射液 10mg		1A
事故発生の状況 〔 事故発生年月日 場所, 事故の種類 〕	<p>令和6年10月1日午前10時ごろ、当院薬剤部において麻薬施用者〇〇〇（免許番号：XXXXX）の指示により入院患者△△△に使用するためモルヒネ塩酸塩注射液 10mg 1Aを準備していたところ、薬剤師□□□が手をすべらせ、誤って床に落とし破損させた。</p> <p>アンプル内に残っていた0.8mLはシリンジで回収し、床に飛散して回収不能な薬液はペーパーで拭き取り、回収した薬液及び拭き取ったペーパーは薬剤師◇◇◇立会いのもと適切に廃棄した。</p>		
上記のとおり、事故が発生したので届け出ます。			
令和6年10月3日	窓口に届け出る（郵送する）年月日を記入してください。		
<p>麻薬診療施設については、麻薬管理者（麻薬管理者のいない施設については麻薬施用者）<u>本人の住所、氏名</u>を記入してください。</p> <p>麻薬研究施設については<u>研究施設の長、麻薬小売業者及び麻薬卸売業者</u>については<u>開設者</u>が届出者となります。</p> <p>※押印は不要です</p>			
住所	〔 法人にあっては、主たる事務所の所在地 〕	仙台市青葉区国分町3丁目7-1	
氏名	〔 法人にあっては、名称 〕	宮城 太郎	
呂城県知事	〇〇〇〇	殿	

(注意) 用紙の大きさは、A4とすること。

連絡(担当)者名 宮城 太郎

連絡先TEL 022(211)2653