

理事長	管理責任者

# 不適合購買品報告書

(施設名：介護老人保健施設リリクケアセンター)

現象発生部門		現象発生場所	
現象確認日時	年 月 日 ( )	製品注文日	年 月 日
不適合製品名	(数量 )	取引先業者	
現象内容詳細			

処置及び特別採用	処置実施者名		処置実施日	年 月 日	記載者印
	<input type="checkbox"/> 取引先業者に交換を依頼		<input type="checkbox"/> 注文数量を満たすよう取引先業者に依頼		
	<input type="checkbox"/> 特別採用 (理由： )				
	<input type="checkbox"/> 傷等以上が確認された部分を除去		<input type="checkbox"/> その他 ( )		

原因の特定 (主要因：●)	<input type="radio"/> 職員 :		記載者印
	<input type="radio"/> 方法 :		
	<input type="radio"/> 設備 :		
	<input type="radio"/> 材料 :		
	<input type="radio"/> 環境 :		

予防処置の必要性	<input type="checkbox"/> あり ( 下記の再発防止計画欄に記入 ) <input type="checkbox"/> なし
----------	---



再発防止計画	関係原因	実施日	誰が	いつ	何を	どうする	計画者
							計画者印

計画妥当性確認	年 月 日 <input type="checkbox"/> 妥当である <input type="checkbox"/> 計画見直しが必要	品質保証室
---------	--	-------

レビュー予定日	年 月 日	実施方法	
---------	-------	------	--

レビュー実施日	年 月 日	レビュー実施者	
---------	-------	---------	--

レビュー内容		理事長	管理責任者	品質保証室長	施設長
--------	--	-----	-------	--------	-----

再発防止の再検討必要性	<input type="checkbox"/> あり ( 再度不適合購買品報告を作成 ) <input type="checkbox"/> なし ( レビュー承認後、所定のファイルにて保管 )
-------------	---

※初回の予防処置計画作成後、速やかに回覧すること。

※予防処置計画は各部門内において全職員確認すること。

品質保証	施設長	リハビリ	介護	看護	相談	栄養	調理