

いずれかにチェックを入れてください

整理番号	年度第 号
区分	<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> 再生医療等製品

西暦 年 月 日

製造販売後調査医薬品等副作用報告書 提出の日付を記入ください

国立大学法人 宮崎大学医学部附属病院 病院長 殿

製造販売後調査依頼者
 * * * * 製薬会社 殿

製造販売後調査責任医師
 (所属) ○○○科
 (氏名) * * * *

下記の重篤と思われる副作用等を認めましたので報告いたします。

記

製品名	* * * * * * * * *	(一般名)	* * * * * * * * *
製造販売後調査課題名	* * * * * * * * 使用成績調査 製造販売後調査実施計画書番号		
報告	<input type="checkbox"/> 初回報告 <input type="checkbox"/> 追跡調査 () 回目報告		
被験者イニシャル	.	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身長 c m
患者登録番号			体重 K g
生年月日	年 月 日		
原疾患発症日	年 月 日		
合併症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
既往歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
危険因子の有無	<input type="checkbox"/> アレルギー素因 () <input type="checkbox"/> 妊娠 () 週 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> アルコール常習者 <input type="checkbox"/> その他		
使用薬*		被疑薬	併用理由
調査薬/併用薬	含量・剤形	経路	1日量 開始日 終了日

* 販売名もしくは一般名を記載する。被疑薬の欄には被疑薬と思われるものに「○」を記入する。

その他の併用療法	<input type="checkbox"/> 放射線療法 期間： 年 月 日 ~ 年 月 日
----------	---

