様式5

西暦　　　年　　　月　　　日

製造販売後調査（終了・中止）報告書

独立行政法人地域医療機能推進機構

徳山中央病院長殿

製造販売後調査依頼者

所在地

名称

㊞

代表者

調査責任医師

所属・職名

署名

下記の調査を（終了・中止）しましたので、ご報告致します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 医薬品名・規格 |  |
| 調査課題名 |  |
| 調査区分 | 使用成績調査  特定使用成績調査  副作用・感染症報告（事象名：　　　　　　　　　　）  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 報告調査数 | 症例 |
| 有害事象発生の有無 | 有（　　　　　）件　無  有の場合、重篤な有害事象発生の有無　有　無 |
| 重篤な有害事象の報告 | 1. 事象名：   報告日：西暦　　　　年　　　月　　　日   1. 事象名：   報告日：西暦　　　　年　　　月　　　日 |
| 調査中止の場合  中止理由 |  |
| 備考 |  |