

整理番号を記載してください→
該当箇所を「■」としてください→

整理番号	
区分	☐ 製造販売後調査 ☐ 副作用・感染症報告
	☐ 医薬品 ☐ 医療機器 ☐ 再生医療等製品

西暦 年 月 日

↑提出日は責任医師確認日以降の日付を記載してください

製造販売後調査実施状況報告書

実施医療機関の長

弘前大学医学部附属病院 病院長 殿

調査責任医師

所属：例) 呼吸器内科, 感染症科

氏名： ↑区切り文字は「,」としてください

下記の製造販売後調査における実施状況を以下のとおり報告いたします。

記

調査依頼者			
医薬品等名			
調査課題名			
実績	契約症例数 : 5 例 実施症例数 : 3 例 (うち、完了 : 1例、実施中 : 2 例、未登録 : 2 例) 確認日を記載してください→ (西暦 20×× 年 × 月 × 日現在)		
実施要綱の調査期間	西暦 20×× 年 × 月 × 日 ~ 西暦 20×× 年 × 月 × 日		
被験者識別コードとしてカルテ番号および患者IDは使用できませんのでご注意ください	被験者識別コード	実施状況	安全性、逸脱の有無等について記入する。
	例) Hirosaki-01	☐ 未 ☒ 完了	例) 有害事象なし、逸脱なし
	Hirosaki-02	☒ 未 ☐ 完了	調査実施中
	Hirosaki-03	☒ 未 ☐ 完了	調査実施中
		☐ 未 ☐ 完了	
		☐ 未 ☐ 完了	
		☐ 未 ☐ 完了	
		☐ 未 ☐ 完了	
		☐ 未 ☐ 完了	
		☐ 未 ☐ 完了	
調査実施状況			
備考 (添付資料等があれば記載)	※登録のみの調査に移行している場合は、その旨を記載してください		

注) 本書式は調査責任医師が正本を1部作成し、実施医療機関の長に提出する。