Ｄ　－　【第　　　　　　号】

**固定版提出時に記載**

西暦　　　　年　　月　　日

製造販売後調査申込書

　　（副作用・感染症報告）

|  |  |
| --- | --- |
| 事項 | 摘　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　要**調査の窓口がCRO担当者の場合、調査依頼者の担当者、携帯番号、メールアドレスは記載不要** |
| 依頼者（会社）名 |  | 会社電話番号 |  |
| 担当者名 |  | 担当者携帯番号 |  |
| 担当者メールアドレス |  |
| 業務委託会社名（CRO有の場合，記入） |  | 会社電話番号 |  |
| 担当者名 |  | 担当者携帯番号 |  |
| 調査課題名 | ○○○○（必ず“薬剤名”を入れてください）副作用・感染症報告 |
| 適応疾患及び担当診療センター(部)・診療科名 | 【適応疾患】**添付文書に記載されている“全て”の適応疾患を記載** | 【診療センター(部)・診療科】○○センター　○○科＊診療センター(部）・診療科については別紙1を参照してご記入ください。 |
| 副作用名 |  |
| 副作用情報の入手経路と概要 | □ 医師　□ 学会　□ 薬剤師　□ その他（　　　　　　　）【概要】**副作用情報を入手した経緯について簡単に記載** |
| 備考 | 本剤との因果関係：□ 有（不明を含む）　□ 無　□未確認重篤性：□ 重篤　□ 非重篤　□未確認副作用の予測性：□ 既知　□ 未知　□未確認＊調査票作成前のため、現時点での判断でご記入ください。 |

当院診療センター(部)・診療科一覧表

別紙1

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 循環器センター | 心臓血管内科 | 小児診療センター | 小児科 | 成人系歯科センター | 保存科 |
| 心臓血管外科 | 小児外科 | 歯周病科 |
| 消化器センター | 消化器内科 | 女性診療センター | 産科・婦人科 | 冠・ブリッジ科 |
| 消化器外科 | 整形・運動機能センター | 整形外科･リウマチ外科 | 義歯インプラント科 |
| 脳・神経センター | 脳神経内科 | 感覚器センター | 皮膚科 | 口腔顎顔面センター | 口腔外科 |
| 脳神経外科 | 眼科 | 口腔顎顔面外科 |
| 呼吸器・ストレスケアセンター | 呼吸器内科 | 耳鼻咽喉科頭頸部外科 | 放射線部 |  |
| 呼吸器外科 | 放射線診療センター | 放射線科 | 救命救急センター |
| 心身医療科 | 顎顔面放射線科 | 集中治療部 |
| 腎臓・泌尿器センター | 腎臓内科 | 麻酔全身管理センター | 麻酔科 | 輸血・細胞治療部 |
| 泌尿器科 | 歯科麻酔科 | 周産母子センター |
| 血液・内分泌・糖尿病センター | 血液･膠原病内科 | リハビリテーションセンター | リハビリテーション科 | 血液浄化療法部 |
| 糖尿病･内分泌内科 | 発達系歯科センター | 口腔保健科 | 光学医療診療部 |
| 乳腺･甲状腺外科 | 矯正歯科 | 感染制御部 |
| メンタルケアセンター | 神経科精神科 | 小児歯科 | 緩和ケアセンター |