**固定版提出時に記載**

**前年度と同じ整理番号を記載**

西暦　　　　年　　月　　日

調査実施状況報告書

実施医療機関の長

鹿児島大学病院長　殿

調査責任医師

**所属・役職は記載不要**

○○　○○

下記の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

**「その他」は以下を参考にご記載下さい。**

**※参考**

**・登録症例がいない場合、その他に“登録症例無し”などとご記載下さい。**

**・登録症例はいるが、調査票未回収で、有効性や安全性の記載が出来ない場合、その他に“調査票未回収のため報告事項無し”などとご記載下さい。**

**・登録のみに移行している場合、“登録のみ○例”などとご記載下さい。**

**・特に記載事項が無い場合、“特記事項無し”などとご記載下さい。**

**実施計画書番号がある場合に記載**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 調査依頼者 |  | | | |
| 調査実施計画書番号 |  | | | |
| 被験薬 | 商品名 | **調査に対する同意説明文書がある場合に記載**  **無ければ項目ごと削除** | 一般名 |  |
| 調査課題名 |  | | | |
| 実績 | 同意取得例数　　　　　　　：　　例  実施例数　　　　　　　　　：　　例（目標とする症例数：　　例）  回収済み報告書数（合計）　：　　冊 | | | |
| 契約期間 | 契約締結日　～　西暦　　　　年 3 月 31 日 | | | |
| 調査実施状況 | 有効性  安全性（副作用、因果関係の有無、転帰など）  その他  **これまでに回収した調査票から、**  **「有効性」，「安全性」について簡潔に記載** | | | |