様式―５

＿＿＿＿年＿＿月＿＿日

昭和大学病院
薬剤部長殿

製薬企業名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
担当者名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

副作用発生状況報告書

昭和大学病院において発生した副作用について、下記の通りご報告いたします。なお、追加情報が入り次第、改めてご報告いたします。

記

発生日	年　　月　　日		
発見場所	□　外来　　□　入院		
医師名（診療科名）	医師（　　科）		
薬剤名 （最も疑わしい薬剤に○をつける）			
副作用			
PMDA 報告	□　あり	□ なし	□未定
詳細調査予定	□　あり	□ なし	□未定
特記事項			

以上

－・

【薬剤部 DI 室記載欄】

受付番号：　　-D-　　（第　　報）

受付担当：

1. 当院における医薬品安全性情報報告：□提出済　　□提出予定　　□未提出
　　□未提出の場合関係するスタッフに依頼
2. 患者への副作用被害救済制度の紹介：□済　　□予定　　□無