様式ー5

年　　月　　日

昭和医科大学病院
薬剤部長殿

製薬企業名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当者名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

副作用発生状況報告書

昭和医科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〇をつける）			
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

－・－・－・