

____年____月____日

昭和大学病院附属東病院
薬局長殿

製藥企業名：_____

担当者名：_____

副作用発生状況報告書

昭和大学病院附属東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： -E- (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