

整理番号	F.....P..
区分	<input type="checkbox"/> 使用成績調査 ■特定使用成績調査
	■医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器

記入例

西暦 年 月 日

### 調査終了（中止・中断）報告書

医師押印時に  
本人が手書き記載

昭和大学藤が丘病院 病院長 殿

調査責任医師

(氏名) ◎◎ △△

印

下記の調査を以下のとおり ■終了、□中止、□中断 しましたので報告いたします。

記

対象品目名 商品名	.....
調査課題名	.....錠 特定使用成績調査
実績	同意取得例数 : 2例 実施例数 : 2例 (目標とする被験者数 : 2例)
調査の期間	西暦 .....年..月..日 ~ 西暦 .....年..月..日
調査結果の概要等 (中止、中断した場合、 その理由も記載)	有効性 評価なし  安全性 調査期間における有害事象発現は無し  その他 研究費 調査票1冊につき¥30,000 (税別) × 2症例 × 2冊分 = ¥120,000 (税別)

契約書を確認して記載  
0円の場合は0円と記載

西暦 年 月 日

昭和大学藤が丘病院臨床試験審査委員会 委員長 殿  
調査依頼者 .....株式会社

空白で  
(当院で記載)

上記調査について以上のとおり通知いたします。

実施医療機関の長 高橋 寛 印