

登録番号 _____

副作用等発生報告書

西暦 年 月 日

成田赤十字病院

院長 殿

担当責任医師

所属・職名 :

氏 名 :

印

「副作用等の報告」の制度に基づき、下記医薬品において、有害事象を認めましたので報告致します。

記

医薬品等名	
規格・剤形	
報 告	<input type="checkbox"/> 副作用 <input type="checkbox"/> その他 ()
有害事象 の内容	有害事象： 予測性：(1. 既知 2. 未知) 発現日：西暦 年 月 日 時頃 発現時期：
日 時	有害事象の発現状況、症状、場所、処置等の経過
<input type="checkbox"/> 詳細は別紙添付。	