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 | □　副作用　□　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 |
| 　□　詳細は別紙添付。 |