西暦　　 年 月 日

医薬品等 副作用・感染症自発報告書

実施医療機関の長

熊本大学病院長　殿

診療科長

所属・職名：

氏名：　　　　　　　　　　　　印

製造販売後調査等責任医師

　　　所属・職名：

　　　　　　　　　氏名：　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　（職名は記名可、署名・捺印をお願いします）

下記のとおり副作用・感染症を認めたので、報告いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 医薬品等名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 副作用・感染症の概要 |  |
| 処置等の概要（患者の転帰・症状の推移を含む記入欄が不足の場合は別紙として添付すること） |  |