西暦　　年　　月　　日

未承認薬・禁忌薬・医薬品の適応外使用の終了（中止・中断）報告書

順天堂大学医学部附属静岡病院 院長 殿

順天堂大学医学部附属静岡病院 倫理審査委員会 委員長 殿

申請者　 所属：

氏名：(署名)

TEL(内線)：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 所属長　　氏名：(署名)

下記のとおり未承認薬・禁忌薬・医薬品の適応外使用を（□終了・□中止・□中断）しましたので報告します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 課　題 |  | | |
| 申請医薬品等 |  | | |
| 対象患者 | ＩＤ： | | 氏名： 　　　　　　　　　　　　　　　（　　　歳） |
| 使用期間 | 西暦　　年　　月　　日　〜　　　年　　月　　日 | | |
| 中止・中断年月日 | 西暦　　　　年　　　　月　　　　日  （中止・中断の理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 当院における  有害事象の  発生状況 | 有害事象の発生 | □あり　（　　）件…①  □なし | |
| 上記①のうち、重篤な有害事象の発生 | □あり　（　　）件…②  　因果関係が否定できないもの（　　）件  □なし | |
| 上記②のうち、予測できない重篤な有害事象の発生 | □あり　（　　）件  　因果関係が否定できないもの（　　）件  □なし | |
| 有害事象「あり」の場合の処置と　その後の転帰 |  | | |
| 備考 |  | | |