依頼者 → 病院長

様式４

西暦　　　年　　月　　日

医薬品製造販売後調査終了報告書

熊本赤十字病院

院長　平田　稔彦　様

依頼者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称

代表者　　　　　　 　　　　　　　㊞

調査責任医師

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名　　　　　　　　　　　　 　㊞

下記の通り、医薬品製造販売後調査を終了しましたので報告いたします。

記

1．調査対象医薬品名

2．調査の区分　　　　□　使用成績調査 □　特定使用成績調査

3・調査目的

4．調査分担医師（所属・氏名）

5．調査実施症例数　 　症例

6．調査期間＊　　西暦　　　年　　月　　日　～　西暦　　　年　　月　　日

＊副作用・感染症報告の調査予定期間開始日は申込日を記載すること

7．依頼者連絡先　　　担当者氏名：

　　　　　　　　　　 電話　　　：

8．調査結果

　　副作用・問題点

9. 終了報告書（様式4）提出後の調査

　 □ 症例登録（FAX）なし

　 □ 症例登録（FAX）のみ必須（案内文を添付すること）＊＊

　　　　＊＊症例登録（FAX）不要となった場合には、これを遅滞なく通知すること