西暦　　　　年　　月　　日

副作用・感染症調査報告書

|  |
| --- |
| **調査依頼者**名称代表者　　　　　　　　　　　　　　　印 |

刈谷豊田総合病院 病院長　様

下記の通り、副作用・感染症報告を　□継続・ □終了・ □中止　しましたので報告いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 調査薬品名 |  |
| 調査の種類 | ■副作用・感染症報告 |
| 調査担当医師（薬剤師） | 診療科： | 氏名： |
| 調査期間 | （西暦）　　　　　　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 |
| ※調査終了時、調査票の写しを添付すること |
|  |
| 請求書送付先 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| E-mail |  |
| 備考 |  |