

安全管理調査票

情報入手時に太枠内を記載

記入年月日

年

月

日

情報入手日	年 月 日	記入者名 及び所属	()
情報提供者情報			
氏名 (できる限りフルネームで)	<input type="checkbox"/> 本人・ <input type="checkbox"/> 代理 ()	<input type="checkbox"/> 消費者	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
	<input type="checkbox"/> 販売店 (薬局、薬店・名称:	担当者名)
	<input type="checkbox"/> 卸 (名称:	担当者名)
	<input type="checkbox"/> 病 院(名称:	担当者名)
住所 〒	都・道・府・県	市・区・郡	町
		TEL	()

使用者 (本人) 情報		
氏名 (イニシャル)	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	年齢 才
対象製品名 (製造番号)	製造番号 ()	
有害事象		
重篤性	<input type="checkbox"/> 重篤	<input type="checkbox"/> 非重篤
自社品との関連	<input type="checkbox"/> 関連あり	<input type="checkbox"/> 関連なし <input type="checkbox"/> 不明
発生状況等 (自由記載)	<input type="checkbox"/> 別途、添付資料 (お客様相談メモ等) 参照	
使用薬剤 (併用薬含む)	使用量	使用期間

【安全管理部門記載欄】

安全管理責任者 評価日	⑤	年 月 日
詳細調査	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 調査不能	
有害事象が添付 文書から予測で きるか	<input type="checkbox"/> 未知 <input type="checkbox"/> 既知	重篤性 <input type="checkbox"/> 重篤 <input type="checkbox"/> 非重篤
自社の医薬品との関連	<input type="checkbox"/> 関連が確実 <input type="checkbox"/> 関連が疑われる <input type="checkbox"/> 関連が否定できない <input type="checkbox"/> 関連が否定できる <input type="checkbox"/> 評価不能	