

文献等調査票

日付 \_\_\_\_\_ 担当者 \_\_\_\_\_ NO. \_\_\_\_\_

I ○○業界新聞

NO. \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月号

入手 → 確認 情報なし  
情報あり → 当社製品 関連事項 保管

備考

I 医薬品・医療機器等 安全性情報

NO. \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月号

入手 → 確認 情報なし  
情報あり → 当社製品 関連事項 原本 → 保管

備考

I DRUG SAFETY UPDATE

NO. \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月号

入手 → 確認 情報なし  
情報あり → 当社製品 関連事項 保管

備考

I その他(文献・雑誌等)

キーワード	<input type="checkbox"/> 情報なし <input type="checkbox"/> 情報あり → <input type="checkbox"/> 当社製品 <input type="checkbox"/> 関連事項
	雑誌名 年 _____ 号 _____ ページ 著者・タイトル
キーワード	<input type="checkbox"/> 情報なし <input type="checkbox"/> 情報あり → <input type="checkbox"/> 当社製品 <input type="checkbox"/> 関連事項
	雑誌名 年 _____ 号 _____ ページ 著者・タイトル

I その他(厚生労働省その他政府機関等)

情報なし  
情報あり → 当社製品 関連事項

備考

安全管理部門記載欄

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			
研究報告、措置報告に該当するか			

安全管理責任者 \_\_\_\_\_ 印 確認日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日