症　例　報　告　書

**＜併用薬・併用療法＞**

|  |  |
| --- | --- |
| 被験者識別コード |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 | 東京大学医学部附属病院 |
| 診療科名 |  |
| 報告書作成日 | （西暦）　　　　　　　　　　　　年　　　　　　　　月　　　　 　　 日 |
| 報告書作成者名※ | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 報告書作成者名※ | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 報告書作成者名※ | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 報告書確認日 | （西暦）　　　　　　　　　　　　年　　　　　　　　月　　　　 　　 日 |
| 責任医師名※ | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

※署名、または、記名押印

作成日　　　　第1.0版　XXXX年XX月XX日

〔記入上の注意〕

1. 記入は、黒色のボールペンで行う。
2. 訂正は、訂正前の記入内容が分かるように二重線を引き、訂正日（年月日）と訂正理由の記入と署名または捺印を行う。
3. 空欄には「記入漏れ」と区別するために、その理由（実施せず・未実施）または斜線を入れる。

**【併用薬】**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 薬 剤 名 | 投与経路・用量〔 　〕内に単位を記入 | 投与理由 | 投与期間 |
| 1 |  | □1 経口　　□2 注射□3 その他〔　　　〕/日 | □1 合併症の治療□2 有害事象□3 その他 |  □1 同意取得前から**開始日** 年　　 月　　 日**終了日** 年　　 月　　 日 □1 継続中 |
| 2 |  | □1 経口　　□2 注射□3 その他〔　　　〕/日 | □1 合併症の治療□2 有害事象□3 その他 |  □1 同意取得前から**開始日** 年　　 月　　 日**終了日** 年　　 月　　 日 □1 継続中 |
| 3 |  | □1 経口　　□2 注射□3 その他〔　　　〕/日 | □1 合併症の治療□2 有害事象□3 その他 |  □1 同意取得前から**開始日** 年　　 月　　 日**終了日** 年　　 月　　 日 □1 継続中 |
| 4 |  | □1 経口　　□2 注射□3 その他〔　　　〕/日 | □1 合併症の治療□2 有害事象□3 その他 |  □1 同意取得前から**開始日** 年　　 月　　 日**終了日** 年　　 月　　 日 □1 継続中 |
| 5 |  | □1 経口　　□2 注射□3 その他〔　　　〕/日 | □1 合併症の治療□2 有害事象□3 その他 |  □1 同意取得前から**開始日** 年　　 月　　 日**終了日** 年　　 月　　 日 □1 継続中 |

**【併用療法】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 療　法　名 | 使用理由 | 使用期間 |
| 1 |  | □1 合併症の治療□2 有害事象□3 その他 |  □1 同意取得前から**開始日** 年　　 月　　 日**終了日** 年　　 月　　 日 □1 継続中 |
| 2 |  | □1 合併症の治療□2 有害事象□3 その他 |  □1 同意取得前から**開始日** 年　　 月　　 日**終了日** 年　　 月　　 日 □1 継続中 |
| 3 |  | □1 合併症の治療□2 有害事象□3 その他 |  □1 同意取得前から**開始日** 年　　 月　　 日**終了日** 年　　 月　　 日 □1 継続中 |
| 4 |  | □1 合併症の治療□2 有害事象□3 その他 |  □1 同意取得前から**開始日** 年　　 月　　 日**終了日** 年　　 月　　 日 □1 継続中 |
| 5 |  | □1 合併症の治療□2 有害事象□3 その他 |  □1 同意取得前から**開始日** 年　　 月　　 日**終了日** 年　　 月　　 日 □1 継続中 |