

整理番号	
区分	1. 使用成績調査 2. 特定使用成績調査 3. 副作用・感染症報告

西暦 ○○ 年 ○ 月 ○ 日

製造販売後調査実施状況報告書

独立行政法人国立病院機構
高崎総合医療センター 院長 殿

<報告書受領者>

依頼者名：高崎製薬株式会社

担当 MR：○○ ○○

<請求書送付先>

郵便番号：370-0089

住所：群馬県高崎市高松町 36

宛名：高崎 二郎

電話番号：027-322-5901

e-mail：205-chihango@mail.hosp.go.jp

下記の製造販売後調査票を受領しましたのでコピーを別添の上報告します。

記

調査課題名	AAA使用成績調査		
調査責任医師/診療科	(調査責任医師) / (診療科)		
契約期間	西暦 ○○ 年 ○ 月 ○ 日 ~ 西暦 ○○ 年 ○ 月 ○ 日		
目標症例数	患者数：	○○ 例 (人)	
	症例報告書数：	○○ 冊 / 1 例 (人)	
		○○ 冊 / 全体	
実施状況報告 (内訳は下記参照)	患者数：	○○ 例 (人)	
	症例報告書数：	○○ 冊 / 全体	
担当医師名	患者識別コード (全ての登録患者を記載)	回収済冊数 (会計処理済)	今回の回収冊数 (会計未処理)
	○○ ○○	○○○○○○○○	0 冊
		冊	冊
		冊	冊
		冊	冊
		冊	冊
会計未処理分の合計			1 冊