

医師用 日本薬学会の「イブプロフェン」等において、副作用、副作用、副作用、副作用などの重篤な副作用が報告された事象について調査を行う。 (調査票の裏面に記載されている)

事例調査票
(重篤な副作用が疑われる事象)

施設名	科名
医師名	
転送先の病院名 (転送された場合)	

患者番号 (患者番号)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
初診日時	月	日	時	分	診察科	科	担当医師
患者 の 病 歴	<input type="checkbox"/> 既往症あり <input type="checkbox"/> 既往症なし <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> インフルエンザの感染 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 呼吸器系 <input type="checkbox"/> 心臓系 <input type="checkbox"/> 循環器系 <input type="checkbox"/> 神経系 <input type="checkbox"/> 消化器系 <input type="checkbox"/> 泌尿器系 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> 整形外科						
発症 の 経 緯	発症日時	月	日	時	分	診察科	科
治療 の 経過	投薬日時	月	日	時	分	診察科	科
重篤な 副作用 の 発症 の 経過	発症日時	月	日	時	分	診察科	科

※月・日・時・分は、患者資料に記載されている。

「有」の欄は (最初の発症日時～その発症日時)

意識障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 <input type="checkbox"/> 深 <input type="checkbox"/> 昏 <input type="checkbox"/> 死
呼吸器	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 <input type="checkbox"/> 深 <input type="checkbox"/> 昏 <input type="checkbox"/> 死
循環器	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 <input type="checkbox"/> 深 <input type="checkbox"/> 昏 <input type="checkbox"/> 死
消化器	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 <input type="checkbox"/> 深 <input type="checkbox"/> 昏 <input type="checkbox"/> 死
泌尿器	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 <input type="checkbox"/> 深 <input type="checkbox"/> 昏 <input type="checkbox"/> 死
皮膚科	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 <input type="checkbox"/> 深 <input type="checkbox"/> 昏 <input type="checkbox"/> 死
眼科	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 <input type="checkbox"/> 深 <input type="checkbox"/> 昏 <input type="checkbox"/> 死
耳鼻科	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 <input type="checkbox"/> 深 <input type="checkbox"/> 昏 <input type="checkbox"/> 死
歯科	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 <input type="checkbox"/> 深 <input type="checkbox"/> 昏 <input type="checkbox"/> 死
小児科	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 <input type="checkbox"/> 深 <input type="checkbox"/> 昏 <input type="checkbox"/> 死
産科	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 <input type="checkbox"/> 深 <input type="checkbox"/> 昏 <input type="checkbox"/> 死
整形外科	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 <input type="checkbox"/> 深 <input type="checkbox"/> 昏 <input type="checkbox"/> 死

※月・日・時・分は、患者資料に記載されている。

裏に続く

副作用名	発症日時	月	日	時	分	診察科	科
副作用名	発症日時	月	日	時	分	診察科	科
副作用名	発症日時	月	日	時	分	診察科	科
副作用名	発症日時	月	日	時	分	診察科	科
副作用名	発症日時	月	日	時	分	診察科	科
副作用名	発症日時	月	日	時	分	診察科	科
副作用名	発症日時	月	日	時	分	診察科	科
副作用名	発症日時	月	日	時	分	診察科	科
副作用名	発症日時	月	日	時	分	診察科	科
副作用名	発症日時	月	日	時	分	診察科	科

重篤な副作用について、具体的に記入ください。

※重篤な副作用の具体的な状態や経過、治療内容の記載などについて記入ください。

お話しする内容

- 1) 平成17年度からの調査の経緯
- 2) 平成18年度調査デザイン
- 3) 平成19年度研究内容