**副作用報告カード**

（わかる範囲でご記入をお願い致します）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 情報収集日 | 　　　　年　　月　　日 | 情報収集先（部署・診療科/名前） |  |
|  |
| 患者年齢 | 歳代 | 患者性別 | * 男　　　□　女
 |
| 被疑薬/投与量（複数記載可） | （自社品には○を記載ください） |
| 副作用症状（分かる範囲でチェックをいれて、具体的な症状を記載ください） | （発現日：　　　　年　　　　月　　　　日）□肝臓（具体的な症状：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□腎臓（具体的な症状：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□血液（具体的な症状：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□過敏症状（具体的な症状：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□呼吸器（具体的な症状：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□消化器（具体的な症状：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□循環器（具体的な症状：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□精神神経系（具体的な症状：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□代謝・電解質異常（具体的な症状：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□その他（具体的な症状：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 未知・既知 | 添付文書での該当副作用の記載□あり　→添付文書での記載内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□なし |
| グレード | □重篤（※）　　　　□非重篤　　　　□未確認 |
| 備考 | 第一報入手先が薬剤師の際は、この欄にその薬剤師名を記載お願いいたします。 |

◇　記入欄不足の場合裏面へ

重篤（※）とは以下に該当するものをいう

（1）死に至るもの（2）生命を脅かすもの（3）治療のための入院または入院期間の延長が必要であるもの

（4）永続的または顕著な障害・機能不全に陥るもの（5）先天性異常・先天性欠損をきたすもの（6）そのほかの医学的に重要な状態と判断される事象または反応