

ラピアクタ投与症例一覧表

施設名:AAA 病院

調査期間:yyyy/mm/dd~yyyy/mm/dd

記載医師名(署名又は記名捺印):

記載年月日:2010年 月 日

当該調査単位期間中の投与症例 □なし

No.	識別番号 (カルテ No.等)	年齢 (歳)	性別	入院 外来	投与開始日	1回投与量	投与回数(日数)	副作用の 有無	インフルエンザ ウイルス型
1			<input type="checkbox"/> 男 ₁ <input type="checkbox"/> 女 ₂ →妊娠 <input type="checkbox"/> なし ₁ <input type="checkbox"/> あり ₂	<input type="checkbox"/> 入院 ₁ <input type="checkbox"/> 外来 ₂	2010年 月 日	<input type="checkbox"/> 300 mg ₁ <input type="checkbox"/> 600 mg ₂ <input type="checkbox"/> その他 ₃ () <input type="checkbox"/> mg ₁ <input type="checkbox"/> mg/kg ₂	<input type="checkbox"/> 1回 ₁ <input type="checkbox"/> 2回 ₂ <input type="checkbox"/> 3回 ₃ <input type="checkbox"/> その他 ₄ ()回	<input type="checkbox"/> なし ₁ <input type="checkbox"/> あり ₂ <input type="checkbox"/> 不明 ₃	<input type="checkbox"/> A型 ₁ → <input type="checkbox"/> 新型H1N1 ₁ <input type="checkbox"/> H__N__ ₂ <input type="checkbox"/> B型 ₂ <input type="checkbox"/> 不明 ₃
2			<input type="checkbox"/> 男 ₁ <input type="checkbox"/> 女 ₂ →妊娠 <input type="checkbox"/> なし ₁ <input type="checkbox"/> あり ₂	<input type="checkbox"/> 入院 ₁ <input type="checkbox"/> 外来 ₂	2010年 月 日	<input type="checkbox"/> 300 mg ₁ <input type="checkbox"/> 600 mg ₂ <input type="checkbox"/> その他 ₃ () <input type="checkbox"/> mg ₁ <input type="checkbox"/> mg/kg ₂	<input type="checkbox"/> 1回 ₁ <input type="checkbox"/> 2回 ₂ <input type="checkbox"/> 3回 ₃ <input type="checkbox"/> その他 ₄ ()回	<input type="checkbox"/> なし ₁ <input type="checkbox"/> あり ₂ <input type="checkbox"/> 不明 ₃	<input type="checkbox"/> A型 ₁ → <input type="checkbox"/> 新型H1N1 ₁ <input type="checkbox"/> H__N__ ₂ <input type="checkbox"/> B型 ₂ <input type="checkbox"/> 不明 ₃
3			<input type="checkbox"/> 男 ₁ <input type="checkbox"/> 女 ₂ →妊娠 <input type="checkbox"/> なし ₁ <input type="checkbox"/> あり ₂	<input type="checkbox"/> 入院 ₁ <input type="checkbox"/> 外来 ₂	2010年 月 日	<input type="checkbox"/> 300 mg ₁ <input type="checkbox"/> 600 mg ₂ <input type="checkbox"/> その他 ₃ () <input type="checkbox"/> mg ₁ <input type="checkbox"/> mg/kg ₂	<input type="checkbox"/> 1回 ₁ <input type="checkbox"/> 2回 ₂ <input type="checkbox"/> 3回 ₃ <input type="checkbox"/> その他 ₄ ()回	<input type="checkbox"/> なし ₁ <input type="checkbox"/> あり ₂ <input type="checkbox"/> 不明 ₃	<input type="checkbox"/> A型 ₁ → <input type="checkbox"/> 新型H1N1 ₁ <input type="checkbox"/> H__N__ ₂ <input type="checkbox"/> B型 ₂ <input type="checkbox"/> 不明 ₃
4			<input type="checkbox"/> 男 ₁ <input type="checkbox"/> 女 ₂ →妊娠 <input type="checkbox"/> なし ₁ <input type="checkbox"/> あり ₂	<input type="checkbox"/> 入院 ₁ <input type="checkbox"/> 外来 ₂	2010年 月 日	<input type="checkbox"/> 300 mg ₁ <input type="checkbox"/> 600 mg ₂ <input type="checkbox"/> その他 ₃ () <input type="checkbox"/> mg ₁ <input type="checkbox"/> mg/kg ₂	<input type="checkbox"/> 1回 ₁ <input type="checkbox"/> 2回 ₂ <input type="checkbox"/> 3回 ₃ <input type="checkbox"/> その他 ₄ ()回	<input type="checkbox"/> なし ₁ <input type="checkbox"/> あり ₂ <input type="checkbox"/> 不明 ₃	<input type="checkbox"/> A型 ₁ → <input type="checkbox"/> 新型H1N1 ₁ <input type="checkbox"/> H__N__ ₂ <input type="checkbox"/> B型 ₂ <input type="checkbox"/> 不明 ₃
5			<input type="checkbox"/> 男 ₁ <input type="checkbox"/> 女 ₂ →妊娠 <input type="checkbox"/> なし ₁ <input type="checkbox"/> あり ₂	<input type="checkbox"/> 入院 ₁ <input type="checkbox"/> 外来 ₂	2010年 月 日	<input type="checkbox"/> 300 mg ₁ <input type="checkbox"/> 600 mg ₂ <input type="checkbox"/> その他 ₃ () <input type="checkbox"/> mg ₁ <input type="checkbox"/> mg/kg ₂	<input type="checkbox"/> 1回 ₁ <input type="checkbox"/> 2回 ₂ <input type="checkbox"/> 3回 ₃ <input type="checkbox"/> その他 ₄ ()回	<input type="checkbox"/> なし ₁ <input type="checkbox"/> あり ₂ <input type="checkbox"/> 不明 ₃	<input type="checkbox"/> A型 ₁ → <input type="checkbox"/> 新型H1N1 ₁ <input type="checkbox"/> H__N__ ₂ <input type="checkbox"/> B型 ₂ <input type="checkbox"/> 不明 ₃
6			<input type="checkbox"/> 男 ₁ <input type="checkbox"/> 女 ₂ →妊娠 <input type="checkbox"/> なし ₁ <input type="checkbox"/> あり ₂	<input type="checkbox"/> 入院 ₁ <input type="checkbox"/> 外来 ₂	2010年 月 日	<input type="checkbox"/> 300 mg ₁ <input type="checkbox"/> 600 mg ₂ <input type="checkbox"/> その他 ₃ () <input type="checkbox"/> mg ₁ <input type="checkbox"/> mg/kg ₂	<input type="checkbox"/> 1回 ₁ <input type="checkbox"/> 2回 ₂ <input type="checkbox"/> 3回 ₃ <input type="checkbox"/> その他 ₄ ()回	<input type="checkbox"/> なし ₁ <input type="checkbox"/> あり ₂ <input type="checkbox"/> 不明 ₃	<input type="checkbox"/> A型 ₁ → <input type="checkbox"/> 新型H1N1 ₁ <input type="checkbox"/> H__N__ ₂ <input type="checkbox"/> B型 ₂ <input type="checkbox"/> 不明 ₃

No.	識別番号 (カルテ No.等)	年齢 (歳)	性別	入院 外来	投与開始日	1回投与量	投与回数(日数)	副作用の 有無	インフルエンザ ウイルス型
7			<input type="checkbox"/> 男 ₁ <input type="checkbox"/> 女 ₂ →妊娠 <input type="checkbox"/> なし ₁ <input type="checkbox"/> あり ₂	<input type="checkbox"/> 入院 ₁ <input type="checkbox"/> 外来 ₂	2010年 月 日	<input type="checkbox"/> 300 mg ₁ <input type="checkbox"/> 600 mg ₂ <input type="checkbox"/> その他 ₃ () <input type="checkbox"/> mg ₁ <input type="checkbox"/> mg/kg ₂	<input type="checkbox"/> 1回 ₁ <input type="checkbox"/> 2回 ₂ <input type="checkbox"/> 3回 ₃ <input type="checkbox"/> その他 ₄ ()回	<input type="checkbox"/> なし ₁ <input type="checkbox"/> あり ₂ <input type="checkbox"/> 不明 ₃	<input type="checkbox"/> A型 ₁ → <input type="checkbox"/> 新型H1N1 <input type="checkbox"/> H__N__ ₂ <input type="checkbox"/> B型 ₂ <input type="checkbox"/> 不明 ₃
8			<input type="checkbox"/> 男 ₁ <input type="checkbox"/> 女 ₂ →妊娠 <input type="checkbox"/> なし ₁ <input type="checkbox"/> あり ₂	<input type="checkbox"/> 入院 ₁ <input type="checkbox"/> 外来 ₂	2010年 月 日	<input type="checkbox"/> 300 mg ₁ <input type="checkbox"/> 600 mg ₂ <input type="checkbox"/> その他 ₃ () <input type="checkbox"/> mg ₁ <input type="checkbox"/> mg/kg ₂	<input type="checkbox"/> 1回 ₁ <input type="checkbox"/> 2回 ₂ <input type="checkbox"/> 3回 ₃ <input type="checkbox"/> その他 ₄ ()回	<input type="checkbox"/> なし ₁ <input type="checkbox"/> あり ₂ <input type="checkbox"/> 不明 ₃	<input type="checkbox"/> A型 ₁ → <input type="checkbox"/> 新型H1N1 <input type="checkbox"/> H__N__ ₂ <input type="checkbox"/> B型 ₂ <input type="checkbox"/> 不明 ₃
9			<input type="checkbox"/> 男 ₁ <input type="checkbox"/> 女 ₂ →妊娠 <input type="checkbox"/> なし ₁ <input type="checkbox"/> あり ₂	<input type="checkbox"/> 入院 ₁ <input type="checkbox"/> 外来 ₂	2010年 月 日	<input type="checkbox"/> 300 mg ₁ <input type="checkbox"/> 600 mg ₂ <input type="checkbox"/> その他 ₃ () <input type="checkbox"/> mg ₁ <input type="checkbox"/> mg/kg ₂	<input type="checkbox"/> 1回 ₁ <input type="checkbox"/> 2回 ₂ <input type="checkbox"/> 3回 ₃ <input type="checkbox"/> その他 ₄ ()回	<input type="checkbox"/> なし ₁ <input type="checkbox"/> あり ₂ <input type="checkbox"/> 不明 ₃	<input type="checkbox"/> A型 ₁ → <input type="checkbox"/> 新型H1N1 <input type="checkbox"/> H__N__ ₂ <input type="checkbox"/> B型 ₂ <input type="checkbox"/> 不明 ₃
10			<input type="checkbox"/> 男 ₁ <input type="checkbox"/> 女 ₂ →妊娠 <input type="checkbox"/> なし ₁ <input type="checkbox"/> あり ₂	<input type="checkbox"/> 入院 ₁ <input type="checkbox"/> 外来 ₂	2010年 月 日	<input type="checkbox"/> 300 mg ₁ <input type="checkbox"/> 600 mg ₂ <input type="checkbox"/> その他 ₃ () <input type="checkbox"/> mg ₁ <input type="checkbox"/> mg/kg ₂	<input type="checkbox"/> 1回 ₁ <input type="checkbox"/> 2回 ₂ <input type="checkbox"/> 3回 ₃ <input type="checkbox"/> その他 ₄ ()回	<input type="checkbox"/> なし ₁ <input type="checkbox"/> あり ₂ <input type="checkbox"/> 不明 ₃	<input type="checkbox"/> A型 ₁ → <input type="checkbox"/> 新型H1N1 <input type="checkbox"/> H__N__ ₂ <input type="checkbox"/> B型 ₂ <input type="checkbox"/> 不明 ₃

<お願い>

患者さんに副作用が確認された場合、妊娠されている患者さんに投与された場合は、詳細について調査票等への記入を別途依頼する場合がありますので、ご協力をお願いいたします。

弊社使用欄

連絡先	塩野義製薬株式会社	
担当者氏名(所属)	支店/分室	
住所	()	
電話番号		
FAX番号		

所属	氏名 No.	CHAN No.	配布なし
学		xxxxxxx	<input type="checkbox"/>
入手日	① 2010年 月 日	② 2010年 月 日	
FAX日	① 2010年 月 日	② 2010年 月 日	

安全管理部記入欄

FAX: 06-XXXX-XXXX