※記載枠が不足する場合は増枠して記入すること

**対象患者**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 患者ID | ｲﾆｼｬﾙ | 性別 | 年齢 | 使用期間（使用日） | 有害事象※ | 特記事項 |
| 1 |  |  |  |  | ～ | 有 無 |  |
| 2 |  |  |  |  | ～ | 有 無 |  |
| 3 |  |  |  |  | ～ | 有 無 |  |
| 4 |  |  |  |  | ～ | 有 無 |  |
| 5 |  |  |  |  | ～ | 有 無 |  |
| 6 |  |  |  |  | ～ | 有 無 |  |
| 7 |  |  |  |  | ～ | 有 無 |  |
| 8 |  |  |  |  | ～ | 有 無 |  |
| 9 |  |  |  |  | ～ | 有 無 |  |
| 10 |  |  |  |  | ～ | 有 無 |  |
| 11 |  |  |  |  | ～ | 有 無 |  |
| 12 |  |  |  |  | ～ | 有 無 |  |
| 13 |  |  |  |  | ～ | 有 無 |  |
| 14 |  |  |  |  | ～ | 有 無 |  |
| 15 |  |  |  |  | ～ | 有 無 |  |
| 16 |  |  |  |  | ～ | 有 無 |  |
| 17 |  |  |  |  | ～ | 有 無 |  |
| 18 |  |  |  |  | ～ | 有 無 |  |
| 19 |  |  |  |  | ～ | 有 無 |  |
| 20 |  |  |  |  | ～ | 有 無 |  |

**有害事象発生状況**

|  |  |
| --- | --- |
| **No.** | **予後経過** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |