

(整理番号) ー

厚生労働省医薬食品局血液対策課 あて

①～⑪及び御提出日について御記入ください。

平成 年 月 日

①	名 称		
②	経営形態		
③	住 所	〒	
④	電話番号		
⑤	備 考	(※統合、廃院等について記載)	
⑥	連絡窓口	担当者又は 担当部局名	
		電話番号等	

- ⑧ ⑦で「はい」とお答えいただいた場合、下の表の空欄に、投与時期が判明した方の数を記入してください。月別の数が不明の場合は、年別の計欄へのご記入で結構です。投与時期が不明の方については、不明欄にその人数をお答えください。

年／月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	計
昭和	39													
	40													
	41													
	42													
	43													
	44													
	45													
	46													
	47													
	48													
	49													
	50													
	51													
	52													
	53													
	54													
	55													
	56													
	57													
	58													
	59													
	60													
	61													
	62													
	63													
平成	1													
	2													
	3													
	4													
	5													
	6													

投与時期不明 人

- ⑨ ⑦で「はい」とお答えいただいた場合、その方にフィブリノゲン製剤の投与の事実をお知らせされましたか。(該当するものを○で囲み、それぞれの人数をお答えください。お知らせしていない場合は、理由ごとに人数をお答えください。)

ア お知らせした方 () 人

うち、本人死亡のため、遺族へお知らせした方 () 人

イ お知らせしていない方 () 人

理由についてお答え下さい。

＜お知らせしていない場合、理由ごとの人数＞

・投与後に原疾患等により死亡 () 人

うち、遺族へのお知らせを試みた方 () 人

・肝炎ウイルス検査の結果が陰性 () 人

・今後お知らせする予定である () 人

・連絡先が不明又は連絡がつかない () 人

具体的な状況を御記入ください。

・その他 () 人

具体的な状況を御記入ください。

- ⑩ 平成6年以前のカルテ等の各種書類が保管されていますか(該当するものを○で囲んでください。「はい」の場合、保管されている書類がいつのものか、その期間をお答えください。)

※ 「平成6年以前のカルテ等」とは平成6年以前の診療情報を含むカルテ等を指します。

※ 一部の診療科のみ書類が保管されている場合、「状況」の欄にその科名をお答えください。その他、必要に応じ、「状況」の欄をご活用ください。

(1) カルテ

はい - いいえ

(期間： 年 月 日から 年 月 日まで)

(状況：全科・一部の診療科 () 科))

その他、特記すべき事項がありましたら、御記入下さい。

	(2) 手術記録・分娩記録 は い - いいえ (期間： 年 月 日から 年 月 日まで) (状況：全科・一部の診療科 (科)) （その他、特記すべき事項がありましたら、御記入下さい。）
	(3) 製剤使用簿 は い - いいえ (状況：) (期間： 年 月 日から 年 月 日まで)
	(4) 処方箋 は い - いいえ (状況：) (期間： 年 月 日から 年 月 日まで)
	(5) 輸液箋・注射指示箋 は い - いいえ (状況：) (期間： 年 月 日から 年 月 日まで)
	(6) レセプトの写し は い - いいえ (状況：) (期間： 年 月 日から 年 月 日まで)
	(7) その他の書類 (研究論文データ、入院サマリーなど) は い - いいえ (期間： 年 月 日から 年 月 日まで) (状況：全科・一部の診療科 (科)) （その他、特記すべき事項がありましたら、御記入下さい。）

⑪ その他御意見等ありましたらお寄せください。