

(整理番号) —

本調査票はFAXにて、9月24日(金)までに必ずご返送下さい。

フィブリノゲン製剤投与事実のお知らせ状況調査票

厚生労働省医薬食品局血液対策課宛 FAX 03- 3507-9064

平成22年 月 日

①	医療機関名		
②	経営形態		
③	住 所	〒	
④	備 考	(※統合、廃院等について記載)	
⑤	連絡窓口	担当者又は 担当部局名	
		電話番号等	
⑥	貴医療機関において、診療録の確認や元患者の方からの問い合わせ等により、平成6年以前にフィブリノゲン製剤(「フィブリノーゲン-BBank」、「フィブリノーゲン-ミドリ」、「フィブリノゲン-ミドリ」又は「フィブリノゲンHT-ミドリ」をいう。)を投与されたことが判明している方の人数 () 人		
⑦	⑥のうち ア 投与の事実をお知らせした方 () 人 うち、本人死亡のため、遺族へお知らせした方 () 人 イ 投与の事実を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 ・その他 (具体的な状況を御記入ください。)		

ご協力ありがとうございました。