様式第4号(1)

医療行為実施結果報告書

令和　　年　　月　　日

　山梨大学医学部附属病院長　殿

所　属：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職　名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　実施責任者（診療科長）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名：

　　受付番号

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １　審査対象：　医薬品　医療機器　医療材料　医療技術　診断方法　その他 | | | | | |
| ２　医療行為名： | | | | | |
| ３　担当医師名： | | | | | |
| ４　病　名　等： | | | | | |
| ５　患者に関する情報：（氏名・ID番号・生年月日） | | | | | |
| 患者氏名 |  | ID番号 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| ６　医療行為実施後の経過及びその効果  （１）実施後の経過について：  有害事象の有無　　有　無　（「有」の場合は、有害事象についても記載すること。） | | | | | |
| （２）医療行為実施の効果について： | | | | | |
| ７　医療行為の実施日（期間・回数）  　　　　　令和　　年　　月　　日　　～　　令和　　年　　月　　日　（　　　　　回） | | | | | |

* 実施後、速やかに提出すること。
* 有害事象については、当該医療行為に起因するもの又は起因すると疑われるものを記載すること。