様式第4号(2)（包括の場合）

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　報告期間： 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 | | | | | | |
| ２　医療行為名： | | | | | | |
| ３　診療科名： | | | | | | |
| ４　病 名 等： | | | | | | |
| ５　実施件数：　　　　件 | | | | | | |
| ６　医療行為の実施状況（ 別紙のとおり）   * 実施件数が多い場合は、別紙一覧表の添付可（様式任意） * 有害事象が「有」の場合は、有害事象について別紙1に記載すること。 * 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。 * 効果が「無」の場合は、実施後の経過について別紙1に記載すること。 | | | | | | |
|  | ID |  | 有害事象の有無 | 有　無 | 効果の有無 | 有　無 |
| 実施日（期間・回数） | | 令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日（　　　回） | | | |
|  | ID |  | 有害事象の有無 | 有　無 | 効果の有無 | 有　無 |
| 実施日（期間・回数） | | 令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日（　　　回） | | | |
|  | ID |  | 有害事象の有無 | 有　無 | 効果の有無 | 有　無 |
| 実施日（期間・回数） | | 令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日（　　　回） | | | |
|  | ID |  | 有害事象の有無 | 有　無 | 効果の有無 | 有　無 |
| 実施日（期間・回数） | | 令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日（　　　回） | | | |
|  | ID |  | 有害事象の有無 | 有　無 | 効果の有無 | 有　無 |
| 実施日（期間・回数） | | 令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日（　　　回） | | | |
|  | ID |  | 有害事象の有無 | 有　無 | 効果の有無 | 有　無 |
| 実施日（期間・回数） | | 令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日（　　　回） | | | |
|  | ID |  | 有害事象の有無 | 有　無 | 効果の有無 | 有　無 |
| 実施日（期間・回数） | | 令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日（　　　回） | | | |

* 毎月1回翌月10日までに前月実施終了分を報告すること。

別紙1

医療行為の実施状況

（有害事象発生又は効果が認められなかった症例）

令和　　年　　月　　日

受付番号

診療科名：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 患者氏名 |  | | ID |  |
| 実施日（期間・回数） | | 令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日（　　　回） | | |
| 医療行為実施後の経過 |  | | | |
|  | 患者氏名 |  | | ID |  |
| 実施日（期間・回数） | | 令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日（　　　回） | | |
| 医療行為実施後の経過 |  | | | |
|  | 患者氏名 |  | | ID |  |
| 実施日（期間・回数） | | 令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日（　　　回） | | |
| 医療行為実施後の経過 |  | | | |

* 記入欄が不足する場合は、適宜追加すること。
* 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。