

動物用医薬品等副作用情報報告書(獣医師等用)

年 月 日

農林水産大臣 殿

製品名※					
1. 副作用等発現の概要及び転帰					
副作用・感染症の種類(症状)※					
副作用・感染症の種類(経過・詳細)※					
講じた処置※		()			
転帰※		()			
併用薬※	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(製品名:				
投与経路※		()	投与量		
効能・効果※	<input type="checkbox"/> 効能・効果のとおり <input type="checkbox"/> 適応外使用 <input type="checkbox"/> 不明				
用法・用量※	<input type="checkbox"/> 用法・用量のとおり <input type="checkbox"/> 用法・用量以外 <input type="checkbox"/> 不明				
投与年月日※	年	月	日	(~	月 日)
投与から発現までの時間※				投与者※	
発生年月日※	年	月	日	都道府県※	
病性鑑定(検査)の成績					
同時に投与した他の動物の情報	(投与した()頭のうち()頭で発生				
2. 発現動物					
動物種※		品種			
性別※		妊娠の有無	産歴		
年齢※		体重	kg		
医薬品を投与したときの健康状態※					
投与前の診断名又は投与目的※					
既往歴					
副作用歴					
医薬品の投与歴					
3. 医薬品等の情報					
製品名※					
医薬品等区分 ※	<input type="checkbox"/> 動物用医薬品(生物学的製剤) <input type="checkbox"/> 人体用医薬品 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 動物用医薬品(生物学的製剤以外) <input type="checkbox"/> 医療機器 ()				
一般的名称又は有効成分					
製造販売業者※					
製造番号※		使用期限		保管状況	
4. 意見等					
因果関係※	<input type="checkbox"/> あると考えられる <input type="checkbox"/> ないとは言えない <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()				
報告者の意見※					

5. その他※		
情報入手年月日	年 月 日	本事例の関連企業への報告を <input type="checkbox"/> 行った 企業名 連絡日 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 行う予定 平成 年 月 日頃 <input type="checkbox"/> 行わない <input type="checkbox"/> 未定
報告者	<input type="checkbox"/> 獣医師 <input type="checkbox"/> 獣医師以外()	
担当者氏名		
住所		
診療施設名		
電話番号		
FAX番号		
メールアドレス		
報告いただいた1～4の内容については、製造販売業者に情報提供します。 なお、5に記載されている報告者情報について製造販売業者から求められた場合には、製造販売業者に伝えることに (<input type="checkbox"/> 同意します ・ <input type="checkbox"/> 同意しません)。		

※の項目はもれなく記入してください