(別紙様式6)

国際医療福祉大学

重篤な有害事象及び不具合等報告書

（第　　　報）

西暦　　　　年　　　月　　　日

大　学　院　長　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　研究責任者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属　職名

　 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

所属長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属　職名

氏名　　　　　　　　　　　 　　　　印

|  |
| --- |
| Ⅰ　(先に受けた)承認番号 |
| Ⅱ　研究課題名 |
| Ⅲ　研究期間：　　　年　　　月　　　日　～　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| Ⅳ　重篤な有害事象及び不具合等の発生日時・事象名  【発現日時】　　　　年　　　月　　　日　　　時　　　分  【事象名】 |
| Ⅴ　重篤と判断した理由(複数選択可)  □死亡　　□死亡のおそれ　　□入院または入院期間の延長　　□障害　　□障害のおそれ  □上記に準じて重篤（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| Ⅵ　経過 |
| Ⅶ　重篤な有害事象及び不具合等に対する措置(研究の中断、説明同意文書の改訂の有無等)  　　□無  　　□有  　　　内容： |
| Ⅷ　因果関係  　　□否定できない  　　□否定できる  　　□不明 |
| Ⅸ　転帰  【転帰日】　　　　　　年　　　　　月　　　　　日  【転帰】□回復　　□軽快　　□未回復　　□後遺症あり　　□死亡　　□不明 |
| Ⅹ　共同臨床研究機関への周知等  【共同臨床研究機関の有無】　□無　　　□有  【当該情報の周知】□未　　□済 |

注意：本申請書は、当該研究を承認した倫理委員会へ提出すること