別紙様式第４号

管理番号：

令和 年 月 日

九州大学病院臨床倫理委員会委員長　殿

医薬品安全管理責任者　殿

その他（　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　科（部）　　長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

報告医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（TEL　　　　　　　　）

病棟薬剤師名※　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（TEL　　　　　　　　）

※医薬品適応外使用の場合に記載

**診療計画実施報告書**

下記のとおり診療計画の実施状況について報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 承認日 | 令和 年 月 日 |
| １．診療計画名 | | |
| ２．主任実施者　所属・職名・氏名 | | |
| ３．分担実施者　所属・職名・氏名 | | |
| 4．使用患者（ID） | | |
| 5．同意取得  文書で同意を取得し診療録へ記録した　　　　口頭で同意を取得し診療録へ記録した | | |
| 6．報告区分  終了　　　　　　　　　中止　　　　　　　　　　継続中 | | |
| 7．実施期間  令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 | | |
| 8．診療等の成果の概要または進捗状況（中止の場合はその理由） | | |
| 9．診療等の実施に伴う問題（副作用等）の発生の有無  無　　有（有の場合、その内容と対応、因果関係について記載） | | |

＊発表論文があれば添付してください。

＊本報告書は、診療計画の終了、または中止時に提出してください。

＊治療が長期にわたる場合には、承認されて2か月後に途中経過をご報告下さい。

＊医薬品安全管理責任者宛であって、臨床倫理委員会の審議を経ている場合は、同委員会委員長にも提出してください。