



有害事象報告

倫理委員会 >>>

受付番号			
課題名			
事務連絡先	氏名	メール	電話番号
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	選択		
倫理委員会出席説明者	追加		
発生機関	<input checked="" type="radio"/> 自施設 <input type="radio"/> 他の共同臨床研究機関		
重篤な有害事象名	<input type="text"/>		
予測可能性	<input checked="" type="radio"/> 既知 <input type="radio"/> 未知		
重篤と判断した理由	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 死亡のおそれ <input type="checkbox"/> 入院又は入院期間の延長 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 障害のおそれ <input type="checkbox"/> 上記に準じて重篤 <input type="checkbox"/> 先天異常		
侵襲・介入の内容と因果関係	<input type="text"/>		
発生日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		
経過	<input type="text"/>		
転帰	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="radio"/> 回復 <input type="radio"/> 軽快 <input type="radio"/> 未回復 <input type="radio"/> 後遺症あり <input type="radio"/> 死亡 <input type="radio"/> 不明		
被験者の特定に関する情報	被験者識別コード等: <input type="text"/> 年齢: <input type="text"/> 性別: <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女		
重篤な有害事象に対する措置	<input type="checkbox"/> 変更せず <input type="checkbox"/> 計画変更 <input type="checkbox"/> 研究中止 <input type="checkbox"/> 新規登録の中断 <input type="checkbox"/> 説明同意文書の改訂 <input type="checkbox"/> 他の被験者への再同意 <input type="checkbox"/> その他		
共同臨床研究機関への周知等	共同臨床研究機関: <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有		

	当該情報周知の有無： <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有																				
その他添付資料	<p>Word、Excel、Powerpoint、PDF、テキストファイルのみ添付可能です。</p> <p>■追加ファイル</p> <p>5個以上の場合や合計ファイルサイズが20MBを超える場合は、一時保存した後、訂正画面で追加してください。</p> <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td>参照...</td></tr><tr><td>名称：<input type="text"/></td><td></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td>参照...</td></tr><tr><td>名称：<input type="text"/></td><td></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td>参照...</td></tr><tr><td>名称：<input type="text"/></td><td></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td>参照...</td></tr><tr><td>名称：<input type="text"/></td><td></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td>参照...</td></tr><tr><td>名称：<input type="text"/></td><td></td></tr></table>	<input type="text"/>	参照...	名称： <input type="text"/>		<input type="text"/>	参照...	名称： <input type="text"/>		<input type="text"/>	参照...	名称： <input type="text"/>		<input type="text"/>	参照...	名称： <input type="text"/>		<input type="text"/>	参照...	名称： <input type="text"/>	
<input type="text"/>	参照...																				
名称： <input type="text"/>																					
<input type="text"/>	参照...																				
名称： <input type="text"/>																					
<input type="text"/>	参照...																				
名称： <input type="text"/>																					
<input type="text"/>	参照...																				
名称： <input type="text"/>																					
<input type="text"/>	参照...																				
名称： <input type="text"/>																					

一時保存 申請 キャンセル
さん ログアウト

