健康被害報告書【第( )報】

報告先　: 公益財団法人　日本骨髄バンク　御中

施設名 :

報告者 :

以下のとおり健康被害を認めたので報告します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 診断名もしくは症状 | 重症度　Grade（CTCAE） | 発現年月日 | 入院/ |
| 判断根拠（検査値等） | (時間) | 入院期間延長 |
| 1 | 　 | Grade 2, 3, 4, 5 | （年月日）/　　/　 | 入院 |
| □なし |
| □あり |
| (時間)： | 入院期間延長 |
| □なし |
| □あり |
| 2 | 　 | Grade 2, 3, 4, 5 | （年月日）/　　/　 | 入院 |
| □なし |
| □あり |
| (時間)： | 入院期間延長 |
| □なし |
| □あり |

・所見（上記に関連する症状・身体所見・検査結果等）

|  |
| --- |
|  |

・治療内容　（処置・投薬など）および経過

|  |
| --- |
|  |

・経過、対応、説明状況

|  |
| --- |
|  |