

FAX 0263-37-3082

受付時間 9:00~17:00(土日祝日は除く)

FAX 送信前に電話にて送信する旨のご連絡をお願いいたします。 TEL: 0263-37-2661

TAABO 試験 有害事象登録票

以下に必要事項をご記入下さい。

ご施設名	担当医師名
TEL 番号	登録結果返信先 FAX 番号

症例番号	同意取得日	年齢	割付群
------	-------	----	-----

有害事象

有害事象名					
発現日時	年	月	日	消失日時	年 月 日
重篤区分	重篤 非重篤 「非重篤」の場合、下記より有害事象の重要度をご選択下さい。 1) 試験治療が中止された、または中止すべきだったもの 2) 試験治療のうちいずれかの薬剤(塩酸タムスロシンもしくは塩酸プロピペリン)が減量、または休薬されたもの 3) 重要な併用治療の追加を含む処置をせざるを得なかったもの				
重症度	軽度	中度	高度		
処置	<input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 減量	<input type="checkbox"/> 休薬	<input type="checkbox"/> 中止	
転帰	<input type="checkbox"/> 関連なし	<input type="checkbox"/> 改善	<input type="checkbox"/> 不変	<input type="checkbox"/> 悪化	
試験薬との因果関係	関連なし	可能性小	可能性大	関連あり	関連不明
経過の詳細					
コメント					