症例報告書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 報告者氏名 |  | 報告者会員番号 |  |
| 医歯の区分 | □ 医師／□ 歯科医師 | | |
| 報告者所属機関 |  | | |
| 計画の区分 | □ 研究／□ 治療／□ 先進医療 | 計画の種別 | □ 第　種□ 製品 |
| 計画の名称 |  | | |
| 患者概要 | 年齢：　　歳／性別：　／既往歴： | | |
| 患者疾患名 |  | | |
| 移植細胞等名称 |  | | |
| 移植日 | 西暦　　　　年　　月　　日 | | |
| 担当役務 | □担当医　／□ 移植担当　／□ その他（　　　　　　　　） | | |
| 介入方法 |  | | |
| 臨床経過 |  | | |
| 転帰 |  | | |

報告書は10ptのフォントにて可能な限り詳細に記載して下さい。記載内容上の不明点に対する委員会または事務局からの照会は一切行いませんので、十分ご留意下さい。

上記の再生医療等が提供されたことを証明いたします。

所属機関長氏名　　　　　　　　　　（印）