|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 【**患者情報**】  年齢（　　　歳）　性別（男・女）　　疾患名（　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 【**不具合の原因と考えられる医療機器情報**】  □人工呼吸器本体　　製品名（　　　　　　　　　）製造販売業者名（　　　　　　　　　　　　）  □回路　　　　　　　製品名（　　　　　　　　　）製造販売業者名（　　　　　　　　　　　　）  □接続部品　　　　　製品名（　　　　　　　　　）製造販売業者名（　　　　　　　　　　　　）  □その他 製品名（　　　　　　　　　）製造販売業者名（　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 【**不具合・健康被害の状況**】  医療機器の不具合　□なし　□あり（内容：　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　 ）患者の健康被害　　□なし　□あり（内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 【**医療機器の不具合・健康被害の発生の経緯】**  発生日時　　　　年　　月　　日　　時　　　使用していた環境（自宅の療養室・入院中・外出中）  事例の概要  行った処置  **【行った対応】**  医療安全対策に係る報告書の提出　□あり　　□なし  製造販売業者報告　　　　　　 　□あり　　□なし  製造販売業者からの注意点などの指示　□あり→　指示の内容  □なし  **【医療機器の構造的、材質的、または機能的欠陥に関するコメント】**  報告者：  製造販売業者：  **【報告者意見欄】再発防止のための対処方法等** | | | |
| **報告日** | 年　　　月　　　日 | **報告施設名** |  |

（様式１）　　　　　　　**在宅人工呼吸器の医療安全に係る報告書**

**管轄の保健所　＜難病支援担当課あて＞　　＊**このままファックス送信してください

**□松江保健所　０８５２－２１－２７７０ 　　　　□浜田保健所　０８５５－２２－７００９**

**□雲南保健所　０８５４－４２－９６５４　　　　□益田保健所　０８５６－３１－９５６８**

**□出雲保健所　０８５３－２１－７４２８　　　　□隠岐保健所　０８５１２－２－９７１６**

**□県央保健所　０８５４－８４－９８３０**