

レカルブリオ[®]配合点滴静注用 一般使用成績調査 登録票

医療機関名	
診療科名	
医師ご署名	

【患者背景・投与開始日等】

患者識別番号	☐ 開示不可	性別	☐ 男性 ☐ 女性
生年月又は年齢	(西暦) 年 月 又は 年齢 () 歳 ☐ 開示不可		
投与開始日	(西暦) 年 月 日		
カルバペネム系抗菌薬への耐性の有無 (カルバペネム系抗菌薬に耐性を示す菌株の有無)	☐ 耐性あり (感受性検査に基づく) → 下欄にて菌種選択 ☐ 耐性疑いあり ☐ 耐性なし ☐ 不明・未測定		
菌種	☐ 大腸菌 ☐ シトロバクター属 ☐ クレブシエラ属 ☐ エンテロバクター属 ☐ セラチア属 ☐ 緑膿菌 ☐ アシネトバクター属 ☐ その他 ()		

【患者同意】

公表に関する患者同意	☐ 文書により、同意を得た ☐ 同意を得ていない → 本症例は公表不可としますが、薬事規制上の集計には使用します
------------	---

ご入力後は、速やかに送信（登録）をお願いいたします。