

東京慈恵会医科大学動物実験事故報告書

平成 年 月 日

東京慈恵会医科大学 学長殿

下記の動物実験に関する事故につき、動物実験責任者として／施設等管理者として、ご報告致します。

報告者	本動物実験における役割：責任者／実施者／施設等管理者／動物管理者／飼養者				
	氏名：		職名：		
	所属：		連絡先：		
関連する動物 実験計画	承認番号：			承認期間：	
事故の種類	管理区域外への 動物の逸走		予期せぬ（実験計画外の）動物の死傷		
	咬傷・搔傷		注射針刺傷		アレルギー発症
	その他（		） 該当の箇所に○をつけて下さい。		
事故発生日時	平成 年 月 日（ ）曜日 □午前・□午後 時 分頃				
事故発生場所			実験室／飼養保管 施設の承認番号		
事故内容・経緯					
	受傷病者や動物の情報は2ページ目に記載してください。				
事故後に とられた措置	傷病発生の場合は、救急処置内容や医療機関受診の有無（受診科名含む）等を記載してください。				
考えうる事故 原因					
今後の 事故防止対策					

その他・特筆すべき事項	
-------------	--

(いる場合は) 受傷病者	氏名：	職名：		
	所属：	連絡先：		
	複数名の場合は、上記「その他」に同項目について記載してください.			
(発生の場合は) 傷病の程度	1. 裂傷（表皮・皮下組織・筋肉まで・骨の損傷有り），長さ cm 2. 刺傷（深い・浅い），出血（有・無）， 薬物・細胞の使用（有・無）→有の場合は薬物・細胞名： 3. 擦過傷（深い・浅い），出血（有・無） 4. その他 （ ） 該当の項目，内容に○をつけて下さい.			
(いる場合は) 加害動物の情報	動物実験計画書承認番号		動物種：	
	系統名：		性別：	
	匹数：		導入元：	
	その他： 該当する場合は，遺伝子操作の有無や感染実験使用の有無などを記載して下さい.			
(いる場合は) 被害動物 (逸走含む) の情報	動物実験計画書承認番号		動物種：	
	系統名：		性別：	
	匹数：		導入元：	
	その他： 該当する場合は，遺伝子操作の有無や感染実験使用の有無などを記載して下さい.			