

(別紙様式)

健康食品の摂取に伴う有害事象情報提供票		送付枚数
報告者氏名 (役職)		会社名(部署名)
所在地		電話番号 FAX番号
情報受付日	_____年 ____月 ____日	
情報提供者	摂取者本人 ・ 摂取者の家族等 ・ 医療機関 ・ その他(

該当箇所にチェックまたは空欄に記入してください(複数回答可)。
「指定成分等を含む食品」の場合、*のついている項目は必須ですので必ず記入し、それ以外の項目においては、可能な範囲で情報を収集してください。
「それ以外の健康食品」においては、可能な範囲で情報を収集してください。

指定成分等	<input type="checkbox"/> 含有あり	* 指定成分等名:	
		* 指定成分等の1日摂取目安量:	(μ g/mg/g)
		* 管理成分の1日摂取目安量:	(μ g/mg/g)
	<input type="checkbox"/> 含有なし		
<input type="checkbox"/> 不明			

1. 症状

* 症状・主訴	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 臨床検査値の異常 具体的な項目:	
	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 下痢		<input type="checkbox"/> その他 具体的な訴え:
	<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 吐気・嘔吐		
	<input type="checkbox"/> かゆみ・発疹	<input type="checkbox"/> 呼吸困難		
	<input type="checkbox"/> 食欲不振	<input type="checkbox"/> 不正性器出血		
	<input type="checkbox"/> 黄疸	<input type="checkbox"/> 月経不順		
	* 症状発現日	_____年 ____月 ____日(頃) または 摂取 ____日(頃) <input type="checkbox"/> 不明		

2. 該当する製品情報

* 製品名				<input type="checkbox"/> 不明
* 製品形状	<input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> カプセル <input type="checkbox"/> ドリンク <input type="checkbox"/> 粉末 <input type="checkbox"/> その他()			
購入日	_____年 ____月 ____日 <input type="checkbox"/> 不明	消費/賞味期限	_____年 ____月 ____日 <input type="checkbox"/> 不明	
* ロット番号	<input type="checkbox"/> 不明(理由:)			
* 原材料名・含有量・配合量(全て記入)	<input type="checkbox"/> 不明			
1日当たり摂取目安量(mg)	<input type="checkbox"/> 不明			
* 食品の種類	<input type="checkbox"/> 保健機能食品 (<input type="checkbox"/> 特定保健用食品 <input type="checkbox"/> 機能性表示食品 <input type="checkbox"/> 栄養機能食品) <input type="checkbox"/> その他			
(機能性表示食品の場合) 機能性関与成分(エキス等の場合は指標成分)及びその含有量	<input type="checkbox"/> 不明			
別添資料	※原材料名・含有量等については、別添資料を添付することで記載省略可			
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			

※製品の特定が的確になるよう別添資料として製品に関する画像を添付してください。

4. 受診情報

* 医療機関受診	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
* 今回の症状のために受診した医療機関 (複数ある場合はすべて記載)	医療機関名:	所在地:	受診日:
	医療機関名:	所在地:	受診日:
その他の医療機関 (かかりつけ病院)	医療機関名:	所在地:	受診日:

妊娠の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
* 併用している医薬品の詳細	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
ある場合	①	医薬品名	服用目的
	②		
	③		
	④		
	⑤		
	⑥		

5. 行政への届け出

指定成分等を含む場合

* 届け出の要否	<input type="checkbox"/> 否 →	受診した医師による診断:
	<input type="checkbox"/> 要	