

医療用医薬品
一般用医薬品
化粧品・部外品

医薬品安全性情報報告書

☆記入前に裏面の「報告に際してのご注意」を参照してください。

健康食品等の使用によると疑われる健康被害の報告については、この様式を用いず、最寄りの保健所へご連絡下さい。

患者イニシャル [Redacted]	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	副作用等発現年齢 [Redacted] 歳	身長 [Redacted] cm	体重 [Redacted] kg	妊娠 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 (妊娠週) <input type="radio"/> 不明
原疾患・合併症 1. B型インフルエンザ 2. 麻疹症	既往歴 1. 2.	過去の副作用歴 (無) 有・不明 医薬品名: 副作用名:	その他特記すべき事項 <input type="checkbox"/> 飲酒 () <input type="checkbox"/> 喫煙 () <input type="checkbox"/> アレルギー () <input type="checkbox"/> その他 ()		

副作用等の症状・異常所見

1. (発現日: 年 月 日)

2. (発現日: 年 月 日)

副作用等の経過 (発現日 年 月 日)	副作用等の重症度について
<input type="checkbox"/> 回復 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 未回復 <input type="checkbox"/> 後遺症有り (症状) <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 不明 胎児について <input type="checkbox"/> 胎児に影響有り <input type="checkbox"/> 胎児死亡	<input type="checkbox"/> 重篤 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 死亡又は障害につながるおそれ <input type="checkbox"/> 治療のために入院または入院期間の延長 <input type="checkbox"/> 上記に準じて重篤である <input type="checkbox"/> 後世代における先天性の障害又は異常 <input type="checkbox"/> その他

被疑薬 (商品名でも可) 最も関連が疑われる被疑薬に○	製造販売業者等の 名称	投与経路	一日投与量 (回数×回数)	投与期間 (開始日～終了日)	使用理由

その他使用医薬品 (商品名でも可)
投与()
タミフルインフルエンザ(B型)の異常行動例

副作用等の発生及び処置等の経過

年 月 日 3/25(日) ~ 高熱、咽頭痛、鼻水、咳あり。
3/26(月) 当クリニック受診。迅速検査でB型インフルエンザと診断。10時にてタミフル投与禁止の件説明し、フィルバシレン(100mg) 1日2回、アセトアミノフェン(325mg) 1日3回、イブuprofen(200mg) 1日3回、ロキソニン(60mg) 1日2回投与し、3/27(火) 6:30に高熱にて④使用。その20日後、退いてから4日後、BLRTA 外にHATに感染した。その後は母親から再感染を疑い、異常行動

影響を及ぼすと考えられる上記以外の処置・診断: 無・有
有りの場合 放射線療法 輸血 手術 麻酔 その他 ()

再投与: 無・有 有りの場合 一 再発: 無・有

報告日: 平成 19年 3月 29日 (受取を送るのに必要ですので住所をご記入ください)

報告者 氏名: [Redacted] 施設名: [Redacted]
(職種: [Redacted]) 住所: [Redacted]
電話: [Redacted] FAX: [Redacted]

報告者が処方医以外の場合 一 処方医との情報共有: 有・無
 最も関連の疑われる被疑薬の製造販売業者等への情報提供: 有・無

○ファックスでのご報告は、下記のところまでお願いいたします。阿面ともお送りください。
(FAX: 03-3508-4364 厚生労働省医薬食品局安全対策課)