

	<input type="checkbox"/>				
--	--------------------------	--	--	--	--

その他使用医薬品（商品名でも可）

副作用等の発生及び処置等の経過

年 月 日  
平成19年3月5日

3月4日の夜に「岩が落ちてきてつぶされそうになった」と言っている。朝5:30から発熱（39.2度）、来院しキットで明確に判定できなかったため臨床的にインフルエンザと診断。タミフル投与したが服用せず。3月5日15:00頃おびえだし、観察していたところトイレへ走り便器に顔を突っ込むようなしぐさで「死にたい」などと言っていたので親が制止した。

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 → 再発：無・有

報告日：平成19年4月9日（受領書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：医師） 住所：〒 [Redacted]

電話： [Redacted] FAX： [Redacted]

○報告者が処方医以外の場合 → 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

報告者意見

インフルエンザによる症状でも重大な事故に陥る可能性があるため報告。

検査値（副作用と関係のある検査値等）

検査日	検査項目	/	/	/	/	/
	(投与前値)					