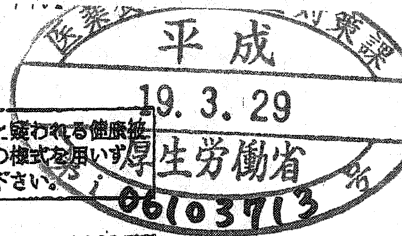


除外 (タブルを投与している患者様の異常行動についての情報提供)



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 Y.H	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	副作用等発現年齢 15歳	身長 cm	体重 kg	妊娠 無・有(妊娠週)・不明
原疾患・合併症 1. インスリン 2.	既往歴 1. 糖尿病 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 ( )	

No.22の症例

副作用等の症状・異常所見

1. 異常行動 (発現日: 19年 3月 27日)

2. (発現日: 年 月 日)

副作用等の経過 (発現日 19年 3月 27日)	副作用等の重篤度について
<input checked="" 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"/> 胎児に影響あり <input type="checkbox"/> 胎児死亡	<input type="checkbox"/> 重篤 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 死亡</li> <li><input type="checkbox"/> 障害</li> <li><input type="checkbox"/> 死亡又は障害につながるおそれ</li> <li><input type="checkbox"/> 治療のために入院または入院期間の延長</li> <li><input type="checkbox"/> 上記に準じて重篤である</li> <li><input type="checkbox"/> 後世代における先天性の疾病又は異常</li> </ul> <input checked="" type="checkbox"/> その他 - 一時的な症状

被疑薬 (商品名でも可)	製造販売業者	投与経路	一日投与量	投与期間	使用理由
最も関係が疑われる被疑薬に○の名称			(1回量×回数)	(開始日～終了日)	
				~	
				~	
				~	
				~	

その他使用医薬品 (商品名でも可)

コカール. アストミン. ミコサイン. サワシリン. シリオン

副作用等の発生及び処置等の経過

年 月 日

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 年 月 日 (受領券を返すのに必要ですので住所をご記入ください。)

報告者 氏名: 施設名:

(職稱: ) 住所:

電話: FAX:

○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への情報提供: 有・無

○ファックスでの報告は、下記のところまでお願いします。両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)