



医薬品安全性情報報告書

No. 239 症例

<input type="checkbox"/>	医療用医薬品
<input checked="" type="checkbox"/>	一般用医薬品
<input type="checkbox"/>	化粧品・部外品

患者(シ)名 T.K.	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	副作用等発現年齢 17 歳	身長 [redacted] cm	体重 [redacted] Kg	妊娠 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(妊娠週) <input type="checkbox"/> 不明
原疾患・合併症 1. A型インフルエンザ 2.		既往歴 1. 2.	過去の副作用歴( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 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"/> アルコール ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )

副作用等の症状・異常所見

1. 異常行動	(発現日: 19 年 4 月 22 日)
2.	(発現日: 年 月 日)

副作用等の転帰 (転帰日 19 年 4 月 23 日) <input type="checkbox"/> 回復 <input checked="" 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	副作用等の重篤度について <input checked="" type="checkbox"/> 重篤 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 障害 <input checked="" 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疾病又は異常 <input type="checkbox"/> その他
--	---

被疑薬 (商品名でも可) 最も関係が疑われる被疑薬にチェック (上段) 製造販売業者等の名称 (下段)	投与経路	一日投与量 (1回量 ×回数)	投与期間 開始日(上段) 終了日(下段)	使用理由
アンチブドウ <input type="checkbox"/>	経口	3錠 × 2回	19.4.21	発熱
TDンエース <input type="checkbox"/>	経口	2錠 × 1回	19.4.21	発熱