

除外

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

医薬品安全性情報報告書

No.24の症例



患者イニシャル NI	性別 <input type="checkbox"/> 男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	副作用等発現年齢 78歳	身長 cm	体重 Kg	妊娠 <input checked="" 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. せんもう、興奮		既往歴 1. 高血圧症 2. 便秘症	過去の副作用歴(<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input 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"/> アレルギー () <input type="checkbox"/> その他 ()
副作用等の症状・異常所見 1. せんもう状態 (発現日：2007年3月28日) 2. 興奮状態 (発現日：2007年3月28日)					
副作用等の転帰 (転帰日2007年3月30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 type="checkbox"/> 重篤 <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疾病又は異常 <input checked="" 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
メジコン15 <input type="checkbox"/>		経口	1錠×3	3/28 3/30	咳嗽
ムコソルバン15 <input type="checkbox"/>		経口	1錠×3	3/28 3/30	喀痰
プルフェン100 <input type="checkbox"/>		経口	1錠	3/28 3/30	発熱 (頓用)
降圧剤 (他院薬、詳細不明) <input type="checkbox"/>		経口	不詳	継続中	高血圧
酸化マグネシウム (他院薬) <input type="checkbox"/>		経口	不詳	継続中	便秘
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					