

健康食品との関連が疑われる健康被害情報提供票 記載要領

- ・チェック項目が○となっている選択肢は1つのみ選択可能です。
- ・チェック項目が□となっている選択肢は複数選択が可能ですので、該当する選択肢を全て選択してください。
- ・不明な場合は「不明」にチェック（■／●）してください。
- ・英数字は半角で入力してください。
- ・文字数制限により、最後まで入力できない項目については、項目部分へは「備考欄に記載」と記入した上で、【6. その他】の備考欄（65）にその項目名と内容を入力してください。
- ・添付ファイル名や添付資料に個人情報（氏名・連絡先）が含まれる場合は、必ずマスキングして提出してください。【2. 摂取者および摂取状況に関する情報】の氏名欄及び連絡先欄に入力された情報は、食品衛生申請等システムにより都道府県等が厚生労働省に報告する際には、自動でマスキングされる仕様になっています。

【届出者情報】

①～⑤の項目は、「食品衛生申請等システム」にログインすると登録されたアカウント情報から自動入力されます（ファイルアップロードを行った場合、Excel ファイルの記載内容は反映されません。）。②の担当者名はシステム上で変更が可能です。

自治体が情報提供者から情報を直接受け付けた場合には、①～④の項目は空欄としてください。

- ① 報告者の会社名を記載してください。
- ② 報告者の担当者の氏名を記載してください。
- ③ 報告者の所在地を記載してください。法人の場合は、主たる事務所の所在地を記載してください。
- ④ 報告者の電話番号を記載してください。
- ⑤ 記載不要です。
- ⑥ 情報提供者から最初に情報を受け付けた日付を記載してください。
- ⑦ 当該情報の情報提供者を選択してください。

【基本情報】

- ⑧ 報告する製品が該当する健康食品にチェック（●）してください。
なお、特定保健用食品の場合は、その許可番号を、機能性表示食品の場合は、その届出番号をあわせて記載してください。
- ⑨ 報告する製品が、食品衛生法第8条に基づく指定成分等含有食品に該当するかチェック（●）してください。
該当する場合には、含有する指定成分等をチェック（■）してください。
- ⑩ 食品衛生法施行規則別表第17の第9のハに基づく情報の提供（義務対象）に該当するかチェック（●）してください。
該当する場合には、その条件についてチェック（■／●）してください。
なお、情報提供の義務の対象に該当する場合のうち、概ね30日以内に同じ所見の症例が複数発生している場合で、同じ所見の症例を既に提出している場合には、1例目を食品衛生申請等システムで届け出た際に付与された整理番号を記載してください。

また、情報提供の義務の対象に該当する場合には、健康被害を診断した医療機関名を知った日付を記載してください。

※情報提供期限は、医療機関名を知った日を起算点として15日以内となります。

- ⑪ ⑨で「はい」を選択した場合、指定成分等及び管理成分の名称とその成分の1日摂取目安量を記載してください。
- ⑫ ⑧で特定保健用食品又は機能性表示食品を選択した場合、関与成分又は機能性関与成分の名称とその成分の1日摂取目安量を記載してください。関与成分等が6つ以上ある場合は、「その他」欄に記載してください。

※⑪⑫の「1日摂取目安量」欄は、最終製品の摂取目安量ではなく成分の摂取目安量を記載してください。

【1. 該当する製品情報】

報告する製品が生鮮食品の場合は、⑮～⑳の記載をしなくてもかまいません。

- ⑬ 報告する製品の製品名を記載してください。
- ⑭ 報告する製品の製品形状をチェック（●）してください。
なお、通常の清涼飲料水様の製品については、「液剤」を選択するのではなく、「その他の加工食品」を選択した上で括弧内に詳細を記載してください。
- ⑮ 製品の原材料名を当該製品の容器包装に表示されている順に全て記載してください。
原材料と添加物との間には「/（スラッシュ）」を入れて記載してください。
- ⑯ 製造者の名称を記載してください。
- ⑰ 製造者の所在地を記載してください。
- ⑱ 製造者の電話番号を記載してください。
- ⑲ 販売者の名称を記載してください。⑯と同じ場合は「製造者に同じ」を選択してください。
- ⑳ 販売者の所在地を記載してください。⑰と同じ場合は「製造者に同じ」を選択してください。
- ㉑ 販売者の電話番号を記載してください。⑱と同じ場合は「製造者に同じ」を選択してください。
- ㉒ 製造所（又は加工所）の名称を記載してください。
- ㉓ 製造所（又は加工所）の所在地を記載してください。
- ㉔ 製造所（又は加工所）の電話番号を記載してください。

※製造者、販売者、製造所のうち該当しない項目がある場合は、名称及び所在地の欄に「—」と記載し、電話番号は空欄としてください。

- ㉕ 情報提供者が摂取していた製品のロット番号を記載してください。不明な場合は、不明にチェック（●）し、その理由を記載してください。
- ㉖ 報告する製品の1日当たり摂取目安量を記載してください。
- ㉗ 情報提供者から聞き取った購入日を記載してください。
- ㉘ 「▼選択▼」から「消費期限」又は「賞味期限」を選択した上で、期限の年月日を記載してください。期限が年月表示の場合や詳細な年月日が不明な場合、期限表示を省略できる製品の場合、摂取者が複数ロット摂取している等の場合には、「その他」に詳細を記載してください。
- ㉙ 事業者で把握している販売数や販売期間を記載してください。販売数には、その単位も記載してください。

- ③⑩ 事業者で把握している類似の健康被害情報の有無についてチェック（●）してください。類似例がある場合には、その詳細（内容や件数等）を記載してください。

【2. 摂取者および摂取状況に関する情報】

- ③⑪ 個人情報（氏名・連絡先）の行政への提供について同意の有無をチェック（●）してください。
- ③⑫ 同意が得られた場合、摂取者の氏名を記載してください。
- ③⑬ 同意が得られた場合、摂取者の連絡先（住所・電話番号等）を記載してください。
- ③⑭ 摂取者の性別をチェック（●）してください。
- ③⑮ 摂取者の年齢を記載し、「歳」を選択してください（例：65歳）。具体的な年齢が不明で年代のみ確認可能な場合は、年代を記載し、「歳代」を選択してください（例：60歳代）。なお、摂取者が10歳未満の場合は、可能な限り年齢で記載してください。（難しい場合には0歳代を選択してください。）
- ③⑯ 当該製品の入手方法をチェック（■）してください。選択肢に当てはまるものがない場合は、「その他」にチェック（■）し、括弧内にその詳細を記載してください。
- ③⑰ 摂取していた製品が残っているかチェック（●）してください。
- ③⑱ 摂取者の当該製品の摂取目的を記載してください。
- ③⑲ 摂取者の症状・主訴をチェック（■）してください。その他の記載事項の有無については必ずチェック（●）してください。
- ④⑩ 周囲（家族、友人など）に同じ商品名の製品（ロット違いを含む。）を摂取し、同様の症状を発症している方がいるかチェック（●）してください。
- ④⑪ 摂取者が摂取を開始した日を記載してください。詳細の日付が不明な場合は、「その他」の括弧内に記載してください（例：○年○月上旬頃）。
- ④⑫ 摂取者が摂取を中止した日を記載してください。詳細の日付が不明な場合は、「その他」の括弧内に記載してください。
- ④⑬ 症状が発現した日を記載してください。年月日が判明している場合には、日付の形式で入力し、摂取後の時間経過が聞き取れている場合には、摂取後（約）以降に数字を記載した上で、「▼選択▼」から単位（「時間」又は「日」）を選択してください。詳細の日付や摂取後の時間経過が不明な場合（○月上旬など）には、「その他」の括弧内に記載してください。
- ④⑭ 症状が発現した後の摂取の状況をチェック（■）してください。摂取状況の変化に伴う症状の変化についてチェック（●）やその詳細を記載してください。複数の選択肢をチェック（■）した場合には、その時系列について、【6. その他】の備考欄（⑥⑤）に記載してください。
- ④⑮ 摂取者の1日摂取量をチェック（■）してください。製品の容器包装に表示されている摂取目安量と異なる場合には、詳細を括弧内に記載してください。
- ④⑯ 摂取者の基礎疾患や既往歴の有無をチェック（●）してください。基礎疾患や既往歴がある場合には、その詳細をチェック（■）し、必要に応じて病名を記載してください。
- ④⑰ 摂取者のアレルギーの有無をチェック（●）してください。アレルギーがある場合には、その詳細をチェック（■）し、種類について括弧内に記載してください。

- ④⑧ ③④で「女」を選択した場合、製品摂取時期に摂取者が妊娠していたかチェック（●）してください。
- ④⑨ ③④で「女」を選択した場合、製品摂取時期に摂取者が授乳期間中であったかチェック（●）してください。
- ⑤⑩ 併用医薬品の有無をチェック（●）してください。
併用医薬品がある場合はその詳細を記載してください。「あり」を選択した場合であって詳細が不明な項目がある場合には、その項目に「不明」と記載してください。
- ⑤⑪ 併用健康食品の有無をチェック（●）してください。
併用健康食品がある場合は、その詳細を記載してください。「あり」を選択した場合であって詳細が不明な項目がある場合には、その項目に「不明」と記載してください。

【3. 受診情報】

- ⑤⑫ 医療機関の受診の有無をチェック（●）してください。
- ⑤⑬ 今回の症状のために受診した医療機関の名称・診療科、所在地、受診日、受診理由を記載してください。3つ以上の医療機関を受診した場合には、3つ目からの医療機関情報について、【6. その他】の備考欄（⑥⑤）に記載してください。
- ⑤⑭ 今回の症状のために受診した医療機関ではない、かかりつけ病院の名称・診療科、所在地を記載してください。
- ⑤⑮ 該当する重篤度をチェック（●）してください。
- ⑤⑯ 該当する転帰をチェック（●）してください。
- ※⑤⑮及び⑤⑯は、医師への聞き取りがない場合であっても摂取者からの情報を基にチェック（●）してください。

【4. 医師の診断結果】

- 【3. 受診情報】の⑤⑫において、医療機関受診が「なし」又は「不明」の場合、入力しなくてもかまいません。
- ⑤⑰ 医師への聞き取りの有無をチェック（●）してください。
聞き取りがある場合には、聞き取った医療機関の情報や日付を記載してください。
- ⑤⑱ ⑤⑰で「あり」を選択した場合、今回の症状について該当する項目をチェック（■）し、その詳細（診断名等）を記載してください。
- ⑤⑲ 臨床検査の実施の有無をチェック（●）してください。
臨床検査を実施している場合には、その臨床検査の結果から判断できる異常の有無をチェック（●）してください。
- ⑥① ⑤⑲で「あり」を選択した場合、異常の有無にかかわらずその詳細を記載してください。
臨床検査値の異常等の詳細の他、DLST やパッチテスト等の検査結果がある場合も記載してください。（ファイルを添付する場合には、「別添参照」と記載してください。）
- ⑥② ⑤⑲で「あり」を選択した場合、関連する状態・症状、検査値等の推移、診断の根拠、治療・処置等を経時的に記載してください。（内容をまとめたファイルを添付する場合には、記載を省略することが可能です。）
- ⑥③ ⑤⑲で「あり」を選択した場合、聞き取った医師の意見等を記載してください。

【5. 届出状況】

- ⑥④ 情報提供者が報告者以外へ報告をしているかチェック（●）してください。

⑥4 ⑥3で「あり」を選択した場合は、報告先をチェック（■）し、括弧内に記載してください。

【6. その他】

⑥5 特記すべきであるが該当箇所がなく記載できなかった事項や該当箇所には記載できなかった情報について、記載してください。

⑥6 添付資料の有無についてチェック（●）してください。

【7. 添付ファイル】

⑥7及び⑥8は、ファイル添付等を行う際にシステム上で入力が必要となりますので Excel ファイルへの記載は不要です。（ファイルアップロードを行った場合、Excel ファイルの記載内容は反映されません。）

健康食品との関連が疑われる健康被害情報提供票

Ver: 2025100101

整理番号: 入力不要

会社名	①	150文字	都道府県名 (保健所名)	⑤	40文字
担当者名	②	129文字	※事業者が情報提供者への聞き取りあたって使用する場合は記載不要		
所在地	③	500文字			
電話番号	④	13文字	情報受付日	⑥	日付形式
情報提供者	⑦	<input type="checkbox"/> 摂取者本人 <input type="checkbox"/> 摂取者の家族等 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他 () 40文字			

○:1つのみ選択 □:複数選択可

該当する健康食品にチェックしてください					⑧
<input type="checkbox"/>	特定保健用食品	許可番号	30文字	<input type="checkbox"/>	不明
<input type="checkbox"/>	機能性表示食品	届出番号	30文字	<input type="checkbox"/>	不明
<input type="checkbox"/>	栄養機能食品				
<input type="checkbox"/>	その他のいわゆる「健康食品」				
食品衛生法第8条に基づく指定成分等含有食品に該当するか	⑨	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ はいの場合: <input type="checkbox"/> コレウス・フォルスコリー <input type="checkbox"/> ドオウレン <input type="checkbox"/> プエラリア・ミリフィカ <input type="checkbox"/> ブラックコホシュ			
食品衛生法施行規則別表第17の第9の1に基づく情報の提供(義務対象)に該当するか	⑩	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ はいの場合: <input type="checkbox"/> 重篤事例 <input type="checkbox"/> 概ね30日以内に同じ所見の症例が複数発生している <input type="checkbox"/> 概ね30日以内に同じ所見の症例が複数発生している場合: <input type="radio"/> この健康被害情報提供票が1例目である。(同日に複数の情報提供をする場合の1件目の提出) <input type="checkbox"/> 同じ所見の症例の健康被害情報提供票を既に提出している。 1例目の症例を提出した際の整理番号 12文字 <input type="radio"/> 整理番号不明			
健康被害を診断した医療機関名を知った日		日付形式		<input type="radio"/> 情報受付日に同じ	
指定成分等含有である場合	指定成分等及び管理成分の1日摂取目安量				
		成分等の名称	1日摂取目安量(μg/mg/g)		
	1	20文字	20文字		<input type="radio"/> 不明
	2	20文字	20文字		
	3	20文字	20文字		
	4	20文字	20文字		
5	20文字	20文字			
以下のいずれかの健康食品である場合 ・特定保健用食品 ・機能性表示食品	関与成分等の1日摂取目安量				
		関与成分等名	1日摂取目安量(μg/mg/g/個)		
	1	15文字	15文字		<input type="radio"/> 不明
	2	15文字	15文字		
	3	15文字	15文字		
	4	15文字	15文字		
5	15文字	15文字			
その他	65文字	65文字			

2. 摂取者および摂取状況に関する情報

個人情報(氏名・連絡先)について行政への提供を		31	<input type="radio"/> 同意する	<input type="radio"/> 同意しない		
※同意が得られない場合は、氏名、連絡先は記入せず、「6. その他」の備考欄にその理由を可能な範囲で記入すること。						
氏名	32	150文字	連絡先	33		
		(住所・電話番号等)		100文字		
性別	34	<input type="radio"/> 男	<input type="radio"/> 女	<input type="radio"/> その他・不明		
年齢	35	3文字	▼選択▼	<input type="radio"/> 不明		
当該製品の入手方法	36	<input type="checkbox"/> 店頭販売	<input type="checkbox"/> (ネット)通販	<input type="checkbox"/> メーカー直販の(ネット)通販		
		<input type="checkbox"/> 訪問販売	<input type="checkbox"/> 個人輸入	<input type="checkbox"/> その他()		
		40文字		<input type="checkbox"/> 不明		
当該製品の有無 (摂取した製品が残っているかどうか)	37	<input type="radio"/> あり(摂取者の手元)	<input type="radio"/> あり(事業者へ返品)	<input type="radio"/> なし		
				<input type="radio"/> 不明		
摂取目的	38	40文字		<input type="radio"/> 不明		
症状・主訴	39	<input type="checkbox"/> 食欲不振	<input type="checkbox"/> 吐気・悪心	<input type="checkbox"/> 嘔吐		
		<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 下痢		
		<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> めまい・ふらつき	<input type="checkbox"/> その他の体の痛み(部位:)		
		<input type="checkbox"/> けいれん・失神	<input type="checkbox"/> かゆみ・発疹	<input type="checkbox"/> 動悸		
		<input type="checkbox"/> 月経不順	<input type="checkbox"/> 不正性器出血	<input type="checkbox"/> 手足の浮腫		
		<input type="checkbox"/> 自覚症状なし	<input type="checkbox"/> 頻尿	<input type="checkbox"/> 息切れ・呼吸困難		
		<input type="checkbox"/> 尿の回数・量の減少				
		その他(上記以外の症状、健診・受診時の臨床検査値の異常、症状経過等)				
		<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし			
		具体的な内容:				
		295文字				
同症状の方の存在	40	周囲(家族、友人など)に同じ製品の摂取により同様の症状の方がいるか		<input type="radio"/> 不明		
		<input type="radio"/> いる	<input type="radio"/> いない	<input type="radio"/> 同じ製品を摂取している人がいない		
摂取開始日	41	日付形式	その他()	15文字		
		<input type="radio"/> 不明				
摂取中止日	42	日付形式	その他()	15文字		
		<input type="radio"/> 不明				
症状発現日 (自覚症状なしの場合は検査日)	43	日付形式	または 摂取後(約) 4文字	▼選択▼		
		その他()	35文字			
症状発現後の摂取状況・症状	44	<input type="checkbox"/> 中止	→ 中止後に症状改善:	<input type="radio"/> あり		
		<input type="checkbox"/> 中止後再使用	→ 再摂取で症状再発:	<input type="radio"/> なし		
				再摂取日	日付形式	その他()
				再発日	日付形式	その他()
		* 再摂取で症状再発「あり」の場合、その症状の詳細を記載してください。		<input type="radio"/> 不明		
		()		40文字		
		<input type="checkbox"/> 摂取量 減量	→ 減量後に症状改善:	<input type="radio"/> あり		
		<input type="checkbox"/> 摂取量 増量	→ 増量後に症状悪化:	<input type="radio"/> なし		
		* 増量後に症状悪化「あり」の場合、その症状の詳細を記載してください。		<input type="radio"/> 不明		
		()		40文字		
		<input type="checkbox"/> 継続	→ 継続後の症状の変化:	<input type="radio"/> あり		
		* 症状の変化「あり」の場合、その詳細を記載してください。		<input type="radio"/> 不明		
		()		40文字		
		<input type="checkbox"/> 不明				

1日摂取量	45	<input type="checkbox"/> 製品に表示されている摂取目安量のとおり	
		<input type="checkbox"/> 摂取目安量より少量 (具体的に: _____)	40文字
		<input type="checkbox"/> 過量 (具体的に: _____)	40文字
		<input type="checkbox"/> その他 (具体的に: _____)	40文字
		<input type="checkbox"/> 不明	

基礎疾患・既往	46	○ あり ○ なし ○ 不明				
		ありの場合:				
		<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 胃腸疾患	
		<input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> 肝臓病	<input type="checkbox"/> 心臓病(高血圧症を除く)	<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患	
		<input type="checkbox"/> 血液疾患	<input type="checkbox"/> 膠原病・自己免疫疾患	<input type="checkbox"/> がん(部位: _____)		
		<input type="checkbox"/> その他及び上記選択肢の詳細情報: 病名を下記に記載して下さい。				
		1	_____			45文字
		2	_____			45文字
		3	_____			45文字
		4	_____			45文字
		5	_____			45文字

アレルギーの有無	47	○ あり ○ なし ○ 不明		
		ありの場合:		
		<input type="checkbox"/> 薬アレルギー(薬の種類: _____)	40文字	
		<input type="checkbox"/> 食物アレルギー(食品の種類: _____)	40文字	
		<input type="checkbox"/> 接触アレルギー(アレルギー源: _____)	40文字	
		<input type="checkbox"/> 季節性アレルギー/花粉症等(アレルギー源: _____)	40文字	
		<input type="checkbox"/> その他 (_____)	40文字	

妊娠の有無	48	○ あり ○ なし ○ 不明	※女性の場合のみ選択してください
-------	----	--------------------------	------------------

授乳の有無	49	○ あり ○ なし ○ 不明	※女性の場合のみ選択してください
-------	----	--------------------------	------------------

併用している医薬品	50	○ あり ○ なし ○ 不明	
-----------	----	--------------------------	--

ある場合	医薬品名	使用目的	使用開始日	
	1	20文字	20文字	20文字
	2	20文字	20文字	20文字
	3	20文字	20文字	20文字
	4	20文字	20文字	20文字
	5	20文字	20文字	20文字
	6	20文字	20文字	20文字
	7	20文字	20文字	20文字
	8	20文字	20文字	20文字
	9	20文字	20文字	20文字
	10	20文字	20文字	20文字
	11	20文字	20文字	20文字
	12	20文字	20文字	20文字
	13	20文字	20文字	20文字
	14	20文字	20文字	20文字
	15	20文字	20文字	20文字

併用している他健康食品 51 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明				
ある場合	製品名	製造者名等	摂取目的	摂取開始日
	1	20文字	20文字	20文字
	2	20文字	20文字	20文字
	3	20文字	20文字	20文字
	4	20文字	20文字	20文字
	5	20文字	20文字	20文字
	6	20文字	20文字	20文字
	7	20文字	20文字	20文字
	8	20文字	20文字	20文字
	9	20文字	20文字	20文字
10	20文字	20文字	20文字	

3. 受診情報

医療機関受診 52 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明					
* 今回の症状のために受診した医療機関 (3つ以上ある場合「6. その他」の備考欄に記載)	医療機関名・診療科:	40文字	<input type="radio"/> 不明		
	所在地:	40文字	<input type="radio"/> 不明		
	受診日:	40文字	<input type="radio"/> 不明		
	受診理由:	40文字	<input type="radio"/> 不明		
医療機関 53	医療機関名・診療科:	40文字	<input type="radio"/> 不明		
	所在地:	40文字	<input type="radio"/> 不明		
	受診日:	40文字	<input type="radio"/> 不明		
	受診理由:	40文字	<input type="radio"/> 不明		
その他の医療機関 (かかりつけ病院) 54	医療機関名・診療科:	40文字	<input type="radio"/> 不明		
	所在地:	40文字	<input type="radio"/> 不明		
重篤度 55	<input type="radio"/> 軽微	<input type="radio"/> 軽度	<input type="radio"/> 中等度以上	<input type="radio"/> 死亡	<input type="radio"/> 不明
<p>重篤度の記載については、次の①から④までを参考に記入すること。ただし、入院治療を受けた場合であって、医師が重篤ではないと判断した症例は、②として取り扱い、一方で、入院治療を受けていない場合であって、医師が重篤と判断した症例は、③として取り扱う。</p> <p>①軽 微: 摂取者が、医療機関を受診していない場合又は医療機関を受診したが治療を受けなかった場合 ②軽 度: 摂取者が、医療機関において外来治療を受けた場合(入院治療を受けた場合を除く) ③中等度以上: 摂取者が、医療機関において入院治療を受けた場合 ④死 亡: 摂取者が、死亡した場合</p>					
転帰 56	<input type="radio"/> 自然治癒	<input type="radio"/> 外来治療で治癒	<input type="radio"/> 入院治療で治癒	<input type="radio"/> 未回復	<input type="radio"/> 不明

4. 医師の診断結果

		○ あり	○ なし(理由:	70文字
医師への聞き取り		57) の場合:		
		聞き取り日	日付形式	医療機関情報
		279文字		
聞き取りがある場合(複数選択可)	58) 症状		詳細(診断名等)	
	主な症状	<input type="checkbox"/> 皮膚症状 <input type="checkbox"/> 消化器症状 <input type="checkbox"/> 肝機能障害 <input type="checkbox"/> 腎機能障害 <input type="checkbox"/> 呼吸器障害 <input type="checkbox"/> 循環器障害 <input type="checkbox"/> 神経障害 <input type="checkbox"/> 血液障害 <input type="checkbox"/> その他	535文字	
	その他の症状	<input type="checkbox"/> 皮膚症状 <input type="checkbox"/> 消化器症状 <input type="checkbox"/> 肝機能障害 <input type="checkbox"/> 腎機能障害 <input type="checkbox"/> 呼吸器障害 <input type="checkbox"/> 循環器障害 <input type="checkbox"/> 神経障害 <input type="checkbox"/> 血液障害 <input type="checkbox"/> その他	535文字	
臨床検査実施の有無		○ あり	○ なし	○ 不明
59) の場合:		○ 異常あり ○ 異常なし ○ 不明		
検査ありの場合 その詳細 (臨床検査値の異常の DLST等の検査結果がある 場合も記載ください)		60)		400文字
健康被害の症状の発現及び処置後の経過 61)				
20文字	50文字			
20文字	50文字			
20文字	50文字			
20文字	50文字			
20文字	50文字			
20文字	50文字			
20文字	50文字			
20文字	50文字			
20文字	50文字			
20文字	50文字			
* 健康食品との関連が疑われる健康被害について、関連する状態・症状、検査値等の推移、診断の根拠、治療・処置等を経時的に記載してください。				
医師の意見等 62)				
730文字				

5. 届出状況

情報提供者が報告者以外へ報告しているか	63 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明
ある場合その報告	<input type="checkbox"/> 事業者(販売者、製造者等) (事業者名: _____ 40文字) <input type="checkbox"/> 自治体(自治体名: _____ 40文字) <input type="checkbox"/> その他(_____ 40文字)

6. その他

<p>備考欄 (消費/賞味期限切れ、保存状態の不備等に関する補足情報や、本様式に該当箇所がないものの特記すべきが望ましいと判断される情報等(詳細な症状経過等、死因(死亡事例の場合)、医薬品成分等の分析結果(※)等)あれば、こちらに記載してください)</p> <p>※「7. 添付ファイル」に資料を添付することで記載省略可</p>	65 1410文字
添付資料の有	66 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし

7. 添付ファイル

67

原材料名・含有量・配合量	入力不要
その他添付資料①	入力不要
その他添付資料②	入力不要
その他添付資料③	入力不要
その他添付資料④	入力不要
その他添付資料⑤	入力不要

注1)事業者におかれては、情報収集している主治医に対して、保健所から血液検査結果、カルテ、退院サマリー等の医療情報の提供依頼が来る可能性があることをお伝えいただくと幸いです。

注2)都道府県等(保健所)におかれては、摂取者の了承のもと医療機関から医療情報を入手された場合は、氏名・連絡先をマスクングしたうえで当該データを添付いただくと幸いです。

<行政コメント・資料欄>

68

入力不要