

指定成分等含有食品以外のいわゆる「健康食品」 との関連が疑われる健康被害受付処理票(案)	送付枚数
---	------

* 都道府県名 (保健所名)	都道府県(市・区)	* 情報受付日(都道府県等)	年 月 日
	保健所(保健福祉事務所)		
* 情報提供者	健康被害を受けた者本人・健康被害を受けた者の家族・医療機関・その他()		

該当箇所チェックまたは空欄に記入してください(複数回答可)。
*** のついている項目は、可能な範囲で情報を収集してください。**
(ただし、健康被害を受けた者がその情報の提供を拒否していることその他の事情により、当該者の情報を得ることが困難なときは、掲げる事項の記載を要しない。)

1. 症状

* 症状・主訴	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> かゆみ・発疹 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 手足の浮腫(むくみ)
	<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 動悸・息切れ <input type="checkbox"/> 体の痛み
	<input type="checkbox"/> 倦怠感(だるさ) <input type="checkbox"/> 吐気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> めまい・ふらつき <input type="checkbox"/> 月経不順
	<input type="checkbox"/> 不正性器出血
	<input type="checkbox"/> その他の症状 具体的な訴え
	<input type="checkbox"/> 臨床検査値の異常 具体的な項目

* 症状発現日	____年 __月 __日(頃) または 摂取 __日(頃) その他() <input type="checkbox"/> 不明
----------------	--

* 重篤度	<input type="radio"/> 軽微 <input type="radio"/> 軽度 <input type="radio"/> 中等度 <input type="radio"/> 後遺症 <input type="radio"/> 死亡
--------------	--

重篤度の記載については、次の①から⑤までを参考に記入すること。
①軽 微: 摂取者が、医療機関を受診していない場合
②軽 度: 摂取者が、医療機関において外来治療を要した場合
③中等度: 摂取者が、医療機関において入院治療を受け、治癒した場合
④後遺症: 摂取者が、医療機関において入院治療を受けた後、完治せず、機能障害が残存した場合
⑤死 亡: 摂取者が、死亡した場合

* 転帰	<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
-------------	---

2. 該当する製品・製造者等の情報

製造者 (輸入者)名			
製造者(輸入者) 住所			
製造者(輸入者) 電話番号			
販売者名			
販売者住所			
販売者電話番号			
* 製品名			<input type="checkbox"/> 不明
製品形状	<input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> カプセル <input type="checkbox"/> ドリンク <input type="checkbox"/> 粉末 <input type="checkbox"/> その他()		
* ロット番号	<input type="checkbox"/> 不明(理由:)	購入日	____年__月__日 <input type="checkbox"/> 不明
原材料名・ 含有量・配合量 (全て記入)			<input type="checkbox"/> 不明
1日当たり 摂取目安量(mg, 粒,個,錠等)			<input type="checkbox"/> 不明
別添資料 <small>※製品が特定出来るよう別 添資料として製品の画像を添 付することが望ましい。</small>	※原材料名・含有量等については、別添資料を添付することで記載省略可		
	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし		
※以下、製造者等の調査結果			
当該製品の 販売量	販売開始後の累計:	当該製品と同ロット品:	
医薬品成分等の 分析結果			
同様の苦情の 有無 <small>* 有の場合は概要を 添付すること</small>	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし		

3. 摂取者および摂取状況に関する情報

性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/> 不明			
年齢	<input type="radio"/> 10歳未満 <input type="radio"/> 10歳代 <input type="radio"/> 20歳代 <input type="radio"/> 30歳代 <input type="radio"/> 40歳代 <input type="radio"/> 50歳代 <input type="radio"/> 60歳代 <input type="radio"/> 70歳代 <input type="radio"/> 80歳代 <input type="radio"/> 90歳代 <input type="radio"/> 100歳以上 <input type="radio"/> 不明			
既往歴				
製品の 摂取目的			当該製品の有無 (摂取した製品が手元に 残っているかどうか)	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
入手経路	<input type="radio"/> 個人輸入 <input type="radio"/> その他 (店頭・EC等)			
* 使用開始日	____年 ____月 ____日 その他() <input type="checkbox"/> 不明	* 使用中止日	____年 ____月 ____日 その他() <input type="checkbox"/> 不明	
* 1日摂取量	<input type="checkbox"/> 使用方法のとおり (具体的に: 1回あたり 個・粒・()、 1日 回、 計 個・粒・()/日) <input type="checkbox"/> 少量 (具体的に: 1回あたり 個・粒・()、 1日 回、 計 個・粒・()/日) <input type="checkbox"/> 過量 (具体的に: 1回あたり 個・粒・()、 1日 回、 計 個・粒・()/日) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に: 1回あたり 個・粒・()、 1日 回、 計 個・粒・()/日) <input type="checkbox"/> 不明			
* 症状発現後の 使用状況・症状	<input type="checkbox"/> 中止 → 中止後に症状改善: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 中止後再使用 → 再使用で症状再発: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 減量 → 減量後に症状改善: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 増量 → 増量後に症状改善: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 不明			
* 併用している 他の健康食品	<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	備考欄	
	①			
	②			
	③			
	④			
	⑤			
	⑥			
	⑦			
	⑧			
	⑨			
⑩				

4. 受診情報

* 医療機関受診	○ あり ○ なし ○ 不明
*今回の症状のために受診した医療機関 (複数ある場合はすべて記載)	医療機関名: _____ 受診日: _____ 所在地: _____
	医療機関名: _____ 受診日: _____ 所在地: _____
その他の医療機関 (かかりつけ病院)	医療機関名: _____ 受診日: _____ 所在地: _____

妊娠の有無	○ あり ○ なし ○ 不明		
* 併用している医薬品の詳細	○ あり ○ なし ○ 不明		
ある場合	医薬品名	服用目的	備考欄
	①		
	②		
	③		
	④		
	⑤		
	⑥		
	⑦		
	⑧		
	⑨		
	⑩		

医師の意見等	(診察・検査結果、治療経過、当該食品の摂取と主症状の因果関係の程度及びその判断理由等)
---------------	---

5. その他

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)あれば、こちらに記載してください。)
------------	---