

3. 23 発熱38度、頭痛、手足の痛みにて来院。臨床的にはインフルエンザと思ひけど

検査してもまだでないだろうと説明して、カラシッド、タミフルを投与。

報道の影響にてタミフル飲まず。

本日 AM2時ごろ 突然ベッドのうえで立ちあがり、足をバタバタさせていたが声をかけると静かになり寝る。

AM10時当院来院 B +

先日 [redacted] の [redacted] 先生より 小2の男児 午前 検査で B+も 報道の影響にて カロナールのみで経過をみたところ その日 午後昼寝から起きて

パンツを脱いで母親のところへ歩いてきたといひます。本人の記憶なし。

話かわって [redacted] の男性、一昨日 [redacted] 内でインフルエンザ(A)で亡くなりました。[redacted] 医師会でも会員の親の葬儀 続いています。

[redacted] [redacted]

その1のおと

NO.6の症例

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。

医療用医薬品
一般用医薬品
化粧品・部外品

患者イニシャル [REDACTED]	性別 (男)女	副作用等発現年齢 18 歳	身長 [REDACTED] cm	体重 [REDACTED] kg	妊娠 (無)有(妊娠 週)・不明
原疾患・合併症 1. インフルエンザA型 2.	既往歴 1. 特におし. 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 ()		

副作用等の症状・異常所見

1. 詳細不明だが、腕の指より転落し、死亡。(発現日: 2007年 3月 27日)

2. (発現日: 年 月 日)

副作用等の転帰 (転帰日 2007年 3月 27日)	副作用等の重篤度について
<input 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 checked="" 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	<input checked="" type="checkbox"/> 重篤 <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" 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 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○	製造販売業者等の 名称	投与経路	一日投与量 (1回量×回数)	投与期間 (開始日～終了日)	使用理由
解熱剤 (詳細不明)	不明	経口	不明	不明	発熱・上気道 症状に

その他使用医薬品(商品名でも可)

不明

副作用等の発生及び処置等の経過

2007年 3月 27日

21時31分 病院救急搬入。来院時心肺停止。気管挿管、心臓マッサージ、鎖骨下静脈ライン、昇圧剤、両肺脱気行っても心拍再開せず。

22時39分 死亡診断。

頭蓋骨・顔面骨折、股関節^{骨折}、両肺血気胸、骨盤骨折、腹腔内出血

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 (受領書を送るのに必要ですので住所をご記入ください)

報告日: 平成2007年 3月 30日

報告者 氏名: [REDACTED] 施設名: [REDACTED]
 (職種: [REDACTED]) 住所: [REDACTED]
 電話: [REDACTED] FAX: [REDACTED]

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等への情報提供: 有(無)

○ファックスでのご報告は、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)

©Scribble (C)とほり合はせしんぎん

©Scribble

©Scribble

●本患の転落 CPA 症例。目撃者なく、転落の詳細不明。死因確認合の鼻粘膜検査にてインフルエンザ A 型陽性。市販の風邪薬を飲んだとのことだが詳細不明。937ル服用はなし。転落とインフルエンザ、薬剤との因果関係は不明です。

検査値(副作用と関係のある検査値等)

検査項目	検査日 (投与前値)	/	/	/	/	/

⑤のりしろ (⑥とはり合わせて下さい。)

折り目線

1008916

東京都千代田区霞が関一丁目二番二号
第五合同庁舎内

厚生労働省医薬食品局
安全対策課 行

80円切手を貼ってください

(医薬品安全性情報報告書用紙)

折り目線

「報告に際しての注意」

- この報告制度は、薬事法に基づいて、医薬品による副作用及び感染症によると疑われる症例について、医薬関係者が保健衛生上の危害発生の防止等のために必要があると認めた場合に、ご報告いただくもので、医薬品との因果関係が必ずしも明確でないものであってもご報告ください。
- 報告された情報のうち重篤な症例については、原則として厚生労働省から独立行政法人医薬品医療機器総合機構を通じて当該製品を供給する製造販売業者へ情報提供させていただきますので、当該業者から詳細調査のための連絡が行く場合があります。
- 報告された情報について、安全対策の一環として広く情報を公表することがありますが、その場合には、施設名及び患者のプライバシー等に関する部分は除きます。
- 医薬部外品、化粧品による疑いのある健康被害についても本報告用紙によりご報告ください。
- 健康食品・無承認無許可医薬品による疑いのある健康被害については最寄りの保健所へご連絡ください。
- 記入欄が不足する場合は、別紙に記載し、報告書に添付願います。(検査値は裏面にご記入ください)
- ファックス又は郵送によりご報告いただく場合には、所定の報告用紙のコピーを使用されても構いません。インターネットでの入手も可能です。
<http://www.info.pmda.go.jp/info/houkoku.html>
- また、電子的にご報告いただく場合には「厚生労働省電子申請・届出システム」を使用できます。
<http://hanyous.mhlw.go.jp/shinsei/crn/html/CRNMenuFrame.html>
なお、報告に際しては、事前にID・パスワード又は電子証明書が必要です。
- 医薬品の副作用等による健康被害については、副作用又は感染等被害救済制度があります。詳しくは独立行政法人医薬品医療機器総合機構のホームページ (<http://www.pmda.go.jp/kenkouhigai.html>) をご覧ください。また、報告される副作用等がこれらの制度の対象となると思われるときには、その患者にこれらの制度を紹介願います。

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。

医療用医薬品
一般用医薬品
化粧品・部外品

患者イニシャル [Redacted]	性別 男() 女()	副作用等発現年齢 [Redacted] 歳	身長 [Redacted] cm	体重 [Redacted] kg	妊娠 無() 有() (妊娠週) 不明()
原疾患・合併症 1. B型インフルエンザ 2. 感染症	居住歴 1. 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 ()		

副作用等の症状・異常所見

1. (発現日: 年 月 日)

2. (発現日: 年 月 日)

副作用等の経過 (発現日 年 月 日)	副作用等の重症度について
<input 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"/> 胎児に影響有り <input type="checkbox"/> 胎児死亡	<input type="checkbox"/> 重篤 <ul style="list-style-type: none"> <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"/> 上記に準じて重症である <input type="checkbox"/> 従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○	製造販売業者等の 名称	投与経路	1日投与量 (1回量×回数)	投与期間 (開始日～終了日)	使用理由
				-	
				-	
				-	
				-	

その他使用医薬品 (商品名でも可)
投与(-)
タミフルインフルエンザ(B型)の異常行動例

副作用等の発生及び処置等の経過

年 月 日 3/25 (PT) ~ 高熱、咽頭痛、鼻水、咳あり。

3/26 (OT) 当クリニック受診。迅速検査で「B型インフルエンザ」も診断。10時にてタミフル投与禁止の件説明し、タミフル600mg/日、リリチン(10) 1/4、アムピシリン3T/3x、イブリン(OT)投与。

3/27 (PT) 6:30に高熱にて(OT)使用。その2日後、退院後3日ほどは「タミフル」外に4Tに投与した。その後母親が「異常行動」を訴え、

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 19 年 3 月 29 日 (受領書を送るのに必要ですので住所をご記入ください)

報告者 氏名: [Redacted] 施設名: [Redacted]
(職種: [Redacted]) 住所: [Redacted]
電話: [Redacted] FAX: [Redacted]

○ 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等への情報提供: 有・無

○ファックスでのご報告は、下記のところまでお願いします。阿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)

医薬品安全性情報報告書

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。

☆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。

医療用医薬品
一般用医薬品
化粧品・部外品

患者イニシャル	性別 (男)・女	副作用等発現年齢 歳	身長 cm	体重 kg	妊娠 無・有(妊娠週)・不明
原疾患・合併症	既往歴	過去の副作用歴(無・有・不明)		その他特記すべき事項	
1. インフルエンザ 2. 高血圧	1. 2.	医薬品名: 副作用名:		<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. 20歳の頃から軽快(おぼろげ) (発現日: 11年1月16日)
 2. (発現日: 年 月 日)

副作用等の転帰 (転帰日 年 月 日)	副作用等の重症度について
<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"/> 胎児に影響あり <input type="checkbox"/> 胎児死亡	<input 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○	製造販売業者 の名称	投与経路	一日投与量 (1回量×回数)	投与期間 (開始日~終了日)	使用理由

その他使用医薬品 (商品名でも可)
 7歳の頃から軽快(おぼろげ) 10歳の頃から軽快(おぼろげ)
 9歳の頃から軽快(おぼろげ) 10歳の頃から軽快(おぼろげ)

副作用等の発生及び処置等の経過
 11年1月16日 16:30 20歳の頃から軽快(おぼろげ) 16:30 20歳の頃から軽快(おぼろげ)
 16:50 20歳の頃から軽快(おぼろげ) 16:50 20歳の頃から軽快(おぼろげ)
 20歳の頃から軽快(おぼろげ) 20歳の頃から軽快(おぼろげ)

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9年3月30日 (要領書を送るのに必要ですので併せて記入ください)
 報告者 氏名: (職種:) 施設名:
 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

○ファックスでのご報告は、下記のところまでお願いいたします。両回ともお送りください。
 (FAX: 03-3508-4864 厚生労働省医薬食品局安全対策課)

報告書 東京千代田区霞が関一丁目二番二号
 厚生労働省医薬食品局
 安全対策課
 検査項目 (投与前値) / / / / / / / / / /

検査項目	検査日	(投与前値)	/	/	/	/	/	/	/

②のりしる(②とはり合わせて下さい。)
 折り目線

②のりしる(②とはり合わせて下さい。)

100-8916

東京都千代田区霞が関一丁目二番二号
 第五合同庁舎内
 厚生労働省医薬食品局
 安全対策課 行

88日切手を
 貼ってください

(医薬品安全性情報報告書(注))

折り目線

「報告に際してのご注意」

- この報告制度は、薬事法に基づいて、医薬品による副作用及び感染症によると思われる症例について、医薬関係者が感染症生上の危害発生の防止等のために必要があると認められた場合に、ご報告いただくもので、医薬品との因果関係が必ずしも明確でないものでもご報告ください。
- 報告された情報のうち重複を避けるためには、原則として厚生労働省から独立行政法人医薬品医療機器総合機構を通じて当該製品を供給する製造販売元へ情報提供させていただきますので、当該業者から詳細調査のための連絡が行く場合があります。
- 報告された情報について、安全対策の一環として広く情報を公表することがありますが、その場合には、施設名及び患者のプライバシー等に關する部分は除きます。
- 医薬部外品、化粧品による副作用のある健康被害についても本報告用紙によりご報告ください。
- 化粧品、経皮吸収許可医薬品による副作用のある健康被害については最寄りの保健所へご連絡ください。
- 記入欄が不足する場合は、別紙に記載し、報告書に添付願います。(検査値は裏面に記入ください。)
- フロッパス又は郵送によりご報告いただく場合には、所定の報告用紙のコピーを使用されても構いません。インターネットでの入手も可能です。

http://www.info.gmda.go.jp/info/koikoku.html
 http://www.info.gmda.go.jp/info/koikoku.html

また、電子的にご報告いただく場合には「厚生労働省電子申請・届出システム」を使用できます。

また、報告に際しては、事前にID・パスワード又は電子証明書が必要ですが、詳しくは独立行政法人医薬品医療機器総合機構のホームページ (http://www.gmda.go.jp/keikoku/saiho.html) をご覧ください。また、報告される副作用等がこれらの制度の対象となると思われるときには、その患者にこれらの制度を紹介願います。

横浜市政記者、横浜ラジオ・テレビ記者各位

横浜市栄区の医院に3月20日に来院した小児で、薬の服用がない14歳のインフルエンザ患者が、2階から飛び降りた事例を報告します。

症例：14歳男児（インフルエンザワクチン未接種）

3.20（火）午前に初診。

3.19（月）に発熱（38度前後）し、持続するために来院。少し倦怠感はあるが、他に症状なし。咽頭軽度発赤以外所見なく、全身状態も良好。インフルエンザ迅速試験：インフルエンザB型陽性。症状が軽いため、タミフル等の抗インフルエンザ薬は処方せず、解熱剤（アセトアミノフェン）のみ処方し、十分患児を観察するように話をして帰宅。

3・21（水）朝6時頃父親が、2階の別室で寝ている患児がいない事に気づき、庭に出てみると患児が芝生の上を裸足でうろうろと歩いているのを発見した。会話は可能だが、ぼーっとしていた。患児は、2階窓から瓦屋根に出たらしく、飛び降りる瞬間意識が戻り、ベランダのパイプに手をかけたことは覚えているが、どのように落ちたかは記憶にない。また、部屋で壁に頭をがんがんぶつけたことは記憶している。尿失禁があったが、けがは全くなし。その時、熱は測っていないが、38度くらいはあった。その後眠り、昼には意識清明になった。この間、薬は解熱剤も含め一切服用していない。

3.23（金）再診。38度前後が持続し、咳が出てきた。咳の薬を処方し、まだ熱があるので同じ部屋で寝るように指示し帰宅。

3.24（土）には解熱して、以後特に問題なし。

今回の事例は、タミフルの服用がないインフルエンザ患児でも、飛び降りと言う異常行動をきたすことがあるという貴重な症例と考え、報告することにしました。また、3・17に同様なケースが川崎医大で報告されています（読売新聞）。これは、同じく14歳の男児で、2階から飛び降り、骨折をして川崎医大に入院後にインフルエンザBと診断されたが、タミフルは飲んでいなかったという症例です。

この2件の症例より横浜市小児科医会では、インフルエンザではタミフル服用の有無に関わらず、飛び降りという異常行動が起こりうることを認識し、インフルエンザの小児患者の親はタミフルの服用の有無に関わらず、患児と同じ部屋で寝る等、目を離さないこと、異常行動があった場合は至急かかりつけ医に報告することが重要であると考えます。

平成19年3月28日

横浜市小児科医会会長 水野恭

問い合わせ・社団法人横浜市医師会

事業二課・若杉 修

TEL：045-201-7363

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医薬品等の報告については、この様式を用いて最寄りの保健所へご連絡下さい。

患者イニシャル ■ ■	性別 男・女	副作用等発現年齢 歳	身長 cm	体重 kg	妊娠 有(妊娠週)・不明
原疾患・合併症 1. A型インフルエンザ 2.	既往歴 1. 熱性けいれん 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 ()	

副作用等の症状・異常所見

1. 異常行動 (発現日: 平成19年3月8日)

2. (発現日: 年 月 日)

副作用等の経過 (転帰日 19年3月9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"> <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 type="checkbox"/> その他

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
不明	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)

Rp ① ヴィプロル 3T ② カナール (200) 2T ④ ホクナリレラ-70 (2) 1枚
 ムコソルバ 3T ③ セツゲル 300mg ⑤ 頓用 × 5回分
 ポラリシレ (2) 3T ③ セツゲル 300mg ⑤ 頓用 × 5回分

副作用等の発生及び処置等の経過

平成19年3月6日 咳、3月7日夜より発熱 38.5℃あり。
 19年3月8日 3月8日 病院受診。インフルエンザ迅速検査キットにてA型インフルエンザ陽性。本人及び家族がインフルエンザ希望せず。インフルエンザあり。3月8日夜 39.8℃の発熱あり。突然走り出し、マレイントPあり。飛出しエレベーターの奥まで行き、父と兄が緊急事態に抑えた。その後1時間経過後、意識を失い、その後目覚めた。3月9日 異常なし。3月8日のイベントに際して本人が...

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19年 4月 2日 (全報告を基盤するのに必要ですので住所をご記入ください。)

報告者 氏名: [Redacted] 施設名: [Redacted]
 (職種: [Redacted] 医師) 住所: [Redacted]
 電話: [Redacted] FAX: [Redacted]

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)

報告書意見 1. 副作用の発生は高熱による異常行動と見られる。 (体温は現時で41.5℃)
 授乳の熱性けいれん等の危険性や、また8日間連続消失のエピソードにあり、当院では
 他にこれに類似した検査異常や平常範囲内では。 今回の異常行動の関連は不明である。
 現在1ヶ月ほど、仮養育中を、普通の日常生活を送られております。

検査種 (副作用と関係のある検査値等)

検査項目	検査日	(採血前値)	/	/	/	/	/

②のりしろ(②とはり合わせて下さい) 折り目線

②のりしろ(②とはり合わせて下さい)

1008916

東京都千代田区霞が関一丁目二番二号
 第五合同庁舎内
 厚生労働省医薬食品局
 安全対策課 行

印刷用紙を貼ってください

(医薬品安全性情報報告書存在中)

【報告に際してのご注意】

- この報告制度は、嚴重性に基づいて、医薬品による副作用及び感染症によると疑われる症例について、医薬関係者が保健衛生上の検査検査の防止等のために必要があると認められた場合に、ご報告いただくもので、医薬品との因果関係が必ずしも明確でないものでもご報告ください。
- 報告された情報のうち重篤な症例については、原則として厚生労働省から独立行政法人医薬品医療機器総合機構を通じて当該製品を供給する製造販売業者へ情報提供させていただきますので、当該業者から詳細調査のための連絡が行く場合があります。報告された情報について、安全対策の一環として広く情報を公表することがありますが、その場合には、施設名及び患者のプライバシー等に関する部分は除きます。
- 医薬品外品、化粧品による疑いのある健康被害については本報告用紙によりご報告ください。
- 健康食品、薬承認無許可医薬品による疑いのある健康被害については最寄りの保健所へご連絡ください。
- 記入欄が不足する場合は、別紙に記載し、報告書に添付願います。(検査種は裏面に記入ください)
- フロックス又は郵送によりご報告いただく場合には、所定の報告用紙のコピーを使用されても構いません。インターネットでの入手も可能です。
- <http://www.info.pmda.go.jp/info/houkokushin.html>
- また、電子的にご報告いただく場合には「厚生労働省電子申請・届出システム」を使用できます。
<http://hanyouan.hwr.go.jp/shimsei/crn/html/CRNAdepuJran.html>
- なお、報告に際しては、事前にID・パスワード又は電子証明書が必要ですが、
- 医薬品の副作用等による健康被害については、副作用又は効果等被害救済制度があります。詳しくは独立行政法人医薬品医療機器総合機構のホームページ (<http://www.pmda.go.jp/keishouhigaisai.html>) をご覧ください。また、報告される副作用等がこれらの制度の対象となると思われるときには、その旨をご報告ください。

