

除外  
2007年 3月29日 12時14分

厚生労働省医薬食品局 安全対策課

No. 3の処方

No. 7409

平成 19. 4. 2

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健康被害  
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。

07100055

患者イニシャル SK	性別 男・女	副作用等発現年齢 10 歳	身長 cm	体重 kg	妊娠 無・有(妊娠週)・不明
原疾患・合併症 1. インフルエンザ 2. 急性腎炎	既往歴 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. 2匹の虫から軽傷(お尻) (発現日: 11年 1 月 16 日)  
2. (発現日: 年 月 日)

副作用等の経過(転帰日 年 月 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"/> 胎児に影響あり <input type="checkbox"/> 胎児死亡	副作用等の重症度について <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)  
 ① 虫咬傷の処置として Iodine 50% 溶液、VTEC 3% 溶液  
 の処置の処置として IPHUS 10% 溶液

副作用等の発生及び処置等の経過  
 11年 1月 16日 朝から熱が39.0℃、9時頃退熱、10時頃熱が再発(39.0℃)  
 2匹の虫から軽傷、16時頃 TUE 処方、  
 18時頃 2匹の虫から軽傷、翌日 2匹の虫から軽傷、  
 16時頃 2匹の虫から軽傷、一人から軽傷、  
 翌日 2匹の虫から軽傷、一人から軽傷、翌日 2匹の虫から軽傷、一人から軽傷、

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 (星印欄を認めるのに必要ですので所を記入ください)  
 報告者 氏名: [ ] 施設名: [ ]  
 (職種: [ ]) 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)