	使用薬剤（○印を付けてください）	使用開始日時
治療薬剤	1. シンメトレル	月　日　□午前 □午後　時　分
	2. タミフル	月　日　□午前 □午後　時　分
	3. リレンザ	月　日　□午前 □午後　時　分
	4. アセトアミノフェン	月　日　□午前 □午後　時　分
	5. 非ステロイド系抗炎症薬（　　）	月　日　□午前 □午後　時　分
	6. 抗菌薬（　　）	月　日　□午前 □午後　時　分
	7. その他の薬剤（　　）	月　日　□午前 □午後　時　分

重篤な精神神経症状について、具体的にご記入ください。

＜重篤な神経症状の具体的な状態や経過、治療薬剤との関係などについてご記入ください。＞