

東京都委託健康食品安全性情報共有事業 **「健康食品」情報共有シート〔薬剤師会版〕**

消費者から健康食品が原因と考えられる健康被害の情報提供があった場合は、この用紙に判明した項目をご記入のうえ東京都薬剤師会までFAXにてご送信ください。わかる範囲でご記入ください。

送信者情報	薬局名		所属地区名	
	氏名		F A X	
	電話		作成日	年 月 日
	e-mail		※太枠内の情報は東京都へ情報提供しません。	

摂取品について	製品名又は主成分			
	製造者又は販売者			
	ロット番号又は賞味期限			
	原材料	<input type="checkbox"/> 製品表示の写しを添付 (添付があれば記載不要)		
	入手方法	<input type="checkbox"/> 店頭購入 <input type="checkbox"/> 通販・ネット・訪販等 <input type="checkbox"/> 個人輸入 <input type="checkbox"/> 不明・その他 ()		
	摂取目的	<input type="checkbox"/> ダイエット・美容 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 婦人科疾患改善 <input type="checkbox"/> 強精 <input type="checkbox"/> 血流改善 <input type="checkbox"/> 睡眠改善 <input type="checkbox"/> 栄養補給 <input type="checkbox"/> 腰痛・関節痛 <input type="checkbox"/> 血圧改善 <input type="checkbox"/> 血糖値改善 <input type="checkbox"/> 肝機能改善 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明		
	摂取状況	摂取開始日： 年 月 日 摂取中止(減量)日： 年 月 日 <input type="checkbox"/> 不明		
1日摂取量	<input type="checkbox"/> 使用方法とおり〔具体的に： 〕 <input type="checkbox"/> 多量〔具体的に： 〕 <input type="checkbox"/> 少量〔具体的に： 〕 <input type="checkbox"/> 不明			

患者情報	年齢	<input type="checkbox"/> 10歳未満 <input type="checkbox"/> 10代 <input type="checkbox"/> 20代 <input type="checkbox"/> 30代 <input type="checkbox"/> 40代 <input type="checkbox"/> 50代 <input type="checkbox"/> 60代 <input type="checkbox"/> 70歳以上 <input type="checkbox"/> 不明			
	身長・体重	cm	kg	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 (妊娠の有無： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
	情報提供者	<input type="checkbox"/> 摂取者本人 <input type="checkbox"/> 摂取者の家族等 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	関連性を疑う理由	<input type="checkbox"/> 摂取時期と発症時期 <input type="checkbox"/> 摂取中止(減量)で症状軽快 <input type="checkbox"/> 同様の事例の存在 <input type="checkbox"/> 再使用で発現 <input type="checkbox"/> その他〔具体的に： 〕			
	基礎疾患	●基礎疾患 <input type="checkbox"/> 有〔疾病名： 〕 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 ●基礎疾患への治療薬の使用 <input type="checkbox"/> 有 (薬品名：) <input type="checkbox"/> 無 ●アレルギー歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 薬剤〔薬品名： 〕 <input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> 食物〔 〕 <input type="checkbox"/> その他〔 〕			
	症状・異常所見等	●発現日 年 月 日 ●来局日 年 月 日 来局日(2回目) 年 月 日 ●症状 (複数選択可) <input type="checkbox"/> 上腹部 (<input type="checkbox"/> 痛 <input type="checkbox"/> 不快) <input type="checkbox"/> 下腹部 (<input type="checkbox"/> 痛 <input type="checkbox"/> 不快) <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 吐気・嘔吐 <input type="checkbox"/> その他消化器症状 () <input type="checkbox"/> 皮膚症状 (<input type="checkbox"/> 局所性 <input type="checkbox"/> 全身性) <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 肝機能障害・検査値異常 (数値： 採血日：) <input type="checkbox"/> 血液検査値異常 (数値： 採血日：) <input type="checkbox"/> その他〔 〕 ●臨床症状/検査値異常の具体的所見 具体的に：			
	摂取品の使用中止の有無等	<input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続(減量) <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 継続(増量) <input type="checkbox"/> 中止後再使用 <input type="checkbox"/> 不明			
転帰等	医師の診察 <input type="checkbox"/> 有(診療科：) <input type="checkbox"/> 無(受診勧奨の有無： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 投薬〔薬品名： 〕 <input type="checkbox"/> 投薬以外の処置〔 〕 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 治療継続 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 後遺症 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 不明				
当該事例に関する参考意見					