

健康食品の摂取に伴う有害事象情報提供票			送付枚数															
報告者氏名 （役職）		会社名（部署名）																
所在地		電話番号 FAX番号																
情報受付日	年 月 日																	
情報提供者	摂取者本人 ・ 摂取者の家族等 ・ 医療機関 ・ その他（ ）																	
<p>該当箇所にチェック又は空欄に記入してください（複数回答可）。</p> <p>「指定成分等を含む食品」の場合、*の付いている項目は必須ですので必ず記入し、それ以外の項目においては、可能な範囲で情報を収集してください。</p> <p>「それ以外の健康食品」においては、可能な範囲で情報を収集してください。</p>																		
指定成分等	<input type="checkbox"/> 含有あり	* 指定成分等名																
		* 指定成分等の1日摂取目安量	(μ g /mg/g)															
		* 管理成分の1日摂取目安量	(μ g /mg/g)															
	<input type="checkbox"/> 含有なし																	
<input type="checkbox"/> 不明																		
<p>1 症状</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="7" style="width: 15%; text-align: center; vertical-align: middle;">* 症状・主訴</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> 発熱</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> 腹痛</td> <td rowspan="2" style="width: 35%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 臨床検査値の異常 具体的な項目： </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 頭痛</td> <td><input type="checkbox"/> 下痢</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 倦怠感</td> <td><input type="checkbox"/> 吐気・嘔吐</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> かゆみ・発疹</td> <td><input type="checkbox"/> 呼吸困難</td> <td rowspan="3" style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> その他 具体的な訴え： </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 食欲不振</td> <td><input type="checkbox"/> 不正性器出血</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 黄だん</td> <td><input type="checkbox"/> 月経不順</td> </tr> </table>				* 症状・主訴	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 臨床検査値の異常 具体的な項目：	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 吐気・嘔吐	<input type="checkbox"/> かゆみ・発疹	<input type="checkbox"/> 呼吸困難	<input type="checkbox"/> その他 具体的な訴え：	<input type="checkbox"/> 食欲不振	<input type="checkbox"/> 不正性器出血	<input type="checkbox"/> 黄だん	<input type="checkbox"/> 月経不順
* 症状・主訴	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 臨床検査値の異常 具体的な項目：															
	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 下痢																
	<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 吐気・嘔吐																
	<input type="checkbox"/> かゆみ・発疹	<input type="checkbox"/> 呼吸困難	<input type="checkbox"/> その他 具体的な訴え：															
	<input type="checkbox"/> 食欲不振	<input type="checkbox"/> 不正性器出血																
	<input type="checkbox"/> 黄だん	<input type="checkbox"/> 月経不順																
	* 症状発現日	年 月 日（頃）又は 摂取 日（頃） <input type="checkbox"/> 不明																

2 該当する製品情報

* 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 ()			
購入日	年	月	日	消費/賞味期限
	<input type="checkbox"/> 不明			
* ロット番号	<input type="checkbox"/> 不明 (理由:)			
* 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)	<input type="checkbox"/> 不明			
* 食品の種類	<input type="checkbox"/> 保健機能食品 (<input type="checkbox"/> 特定保健用食品 <input type="checkbox"/> 機能性表示食品 <input type="checkbox"/> 栄養機能食品) <input type="checkbox"/> その他			
(機能性表示食品の場合) 機能性関与成分 (エキス等の場合は指標成分) 及びその含有量	<input type="checkbox"/> 不明			
別添資料	※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="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			

※製品の特定が的確になるよう、別添資料として製品に関する画像を添付することが望ましい。

3 摂取者及び摂取状況に関する情報

* 個人情報（氏名・連絡先）について行政への提供を		<input type="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 同意しない
※同意が得られない場合は、氏名、連絡先は記入せず、備考欄にその理由を可能な範囲で記入すること。			
氏名		連絡先	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不明		
年齢	<input type="checkbox"/> 10歳未満 <input type="checkbox"/> 10歳代 <input type="checkbox"/> 20歳代 <input type="checkbox"/> 30歳代 <input type="checkbox"/> 40歳代 <input type="checkbox"/> 50歳代 <input type="checkbox"/> 60歳代 <input type="checkbox"/> 70歳代 <input type="checkbox"/> 80歳代 <input type="checkbox"/> 90歳代 <input type="checkbox"/> 100歳以上 <input type="checkbox"/> 不明		
当該製品の 入手方法	<input type="checkbox"/> 店頭販売 <input type="checkbox"/> (ネット) 通販 <input type="checkbox"/> 訪問販売 <input type="checkbox"/> 個人輸入 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明		
* 使用開始日	年 月 日(頃) <input type="checkbox"/> 不明	* 使用中止日	年 月 日(頃) <input type="checkbox"/> 不明
* 1日摂取量	<input type="checkbox"/> 使用方法のとおり <input type="checkbox"/> 過量 (具体的に：) <input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に：) <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 → 増量後に症状悪化： <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="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
ある 場合		製品名	製造者名
	①		
	②		
	③		
	④		
	⑤		
備考欄			

4 受診情報

* 医療機関受診	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
* 今回の症状のために受診した医療機関 (複数ある場合は全て記載)	医療機関名： 所在地： 受診日：
	医療機関名： 所在地： 受診日：
その他の医療機関 (かかりつけ病院)	医療機関名： 所在地： 受診日：

妊娠の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
--------------	---

* 併用している 医薬品の詳細	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
----------------------------	---

ある場合	①	医薬品名	服用目的
	②		
	③		
	④		
	⑤		
	⑥		

5 行政への届出

指定成分等を含む場合

* 届出の要否	<input type="checkbox"/> 否 →	受診した医師による診断：
	<input type="checkbox"/> 要	

(保健所使用欄)

		症状	詳細 (診断名等)	重篤度	転帰
複数選択可	1	<input type="checkbox"/> 皮膚症状 <input type="checkbox"/> 消化器症状 <input type="checkbox"/> 肝機能障害 <input type="checkbox"/> 腎機能障害 <input type="checkbox"/> 呼吸器障害 <input type="checkbox"/> 循環器障害 <input type="checkbox"/> 神経障害 <input type="checkbox"/> 血液障害 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 軽微 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 後遺症 <input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 自然治癒 <input type="checkbox"/> 外来治療で治癒 <input type="checkbox"/> 入院治療で治癒 <input type="checkbox"/> 未回復 <input type="checkbox"/> 不明
	2	<input type="checkbox"/> 皮膚症状 <input type="checkbox"/> 消化器症状 <input type="checkbox"/> 肝機能障害 <input type="checkbox"/> 腎機能障害 <input type="checkbox"/> 呼吸器障害 <input type="checkbox"/> 循環器障害 <input type="checkbox"/> 神経障害 <input type="checkbox"/> 血液障害 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 軽微 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 後遺症 <input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 自然治癒 <input type="checkbox"/> 外来治療で治癒 <input type="checkbox"/> 入院治療で治癒 <input type="checkbox"/> 未回復 <input type="checkbox"/> 不明

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

その他特記事項