

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		e-mail	
				作成日 月 日

摂取品について	製品名もしくは主成分			
	製造者もしくは販売者			
	原材料	<input type="checkbox"/> 外箱の写しを添付 (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・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"/> 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	使用開始日：平成 年 月 日   使用中止日：平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 不明		
	1日摂取量	<input type="checkbox"/> 使用方法とおり <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	才	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
	身長・体重	cm   kg	妊娠の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	関連性を疑う理由	<input type="checkbox"/> 健康食品摂取時期と発症時期 <input type="checkbox"/> 摂取中止で症状軽快 <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 ( ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 ●基礎疾患への治療薬等の使用 <input type="checkbox"/> 有 (薬品名： ) <input type="checkbox"/> 無		
	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"/> 皮膚症状(かゆみ・発赤) <input type="checkbox"/> 消化器症状 <input type="checkbox"/> 肝機能障害 <input type="checkbox"/> 血液検査の異常 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ●臨床症状と血液検査の具体的所見 ( )		
	摂取品の使用中の有無	<input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続 ( <input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 増量 ) <input type="checkbox"/> 中止後再使用 <input type="checkbox"/> 不明		
	転帰	医師の診察 <input type="checkbox"/> 有 (診療科 ) <input type="checkbox"/> 無 ( <input type="checkbox"/> 受診をすすめた ) <input type="checkbox"/> 投薬〔薬品名： ) <input type="checkbox"/> 投薬以外の処置 ( ) <input type="checkbox"/> 摂取中止で軽快 <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				

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	<input type="radio"/> 送信者に関する情報は、東京都薬剤師会から東京都福祉保健局への送信情報には含まれません。 <input type="radio"/> 選択肢のある場合は、当てはまる項目に☑を入れてください。	所属地区名	
	氏名		F A X	
	電話		e-mail	
			作成日	4月

摂取品について	製品名もしくは主成分	強カグルコサミンタブレット			<b>製品名・主成分、製造者・販売者、原材料について</b> 主成分名だけでは製品名が特定できず情報の活用が難しくなります。表示販売名や事業者名、表示成分名など、可能な限り詳しく書いてください。表示や説明書があれば、コピーをお送りください。詳細がわからない場合は判明している情報だけでもかまいません。
	製造者もしくは販売者	製造：株式会社〇〇堂			
	原材料	グルコサミン、コンドロイチン硫酸、ビール酵母、ローヤルゼリー			
	入手方法	<input checked="" type="checkbox"/> 店頭購入 <input type="checkbox"/> 通販・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"/> 栄養補給 <input checked="" 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	使用開始日：平成 30年 4月 13日   使用中止日：平成 30年 4月 16日 <input type="checkbox"/> 不明			
患者情報	1日摂取量	<input checked="" type="checkbox"/> 使用方法とおり <input type="checkbox"/> 多量〔具体的に： 〕 <input type="checkbox"/> 少量〔具体的に： 〕 <input type="checkbox"/> 不明			
	年齢	56才	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input checked="" type="checkbox"/> 女性	
	身長・体重	155 cm   50 kg	妊娠の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	関連性を疑う理由	<input type="checkbox"/> 健康食品摂取時期と発症時期 <input checked="" type="checkbox"/> 摂取中止で症状軽快 <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：〔患者から、以前かんでアレルギー症状が出たとの申告あり。なお、アレルギーテストはしていない。〕			
	基礎疾患	●基礎疾患 <input checked="" type="checkbox"/> 有〔高血圧〕 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 ●基礎疾患への治療薬等の使用 <input checked="" type="checkbox"/> 有(薬品名：〇〇錠、××カプセル) <input type="checkbox"/> 無			
	症状・異常所見等	●発現日 30年 4月 16日 ●来局日 30年 4月 20日   来局日(2回目) 年 月 日 ●症状(複数選択可) <input checked="" type="checkbox"/> 皮膚症状(かゆみ・発赤) <input type="checkbox"/> 消化器症状 <input type="checkbox"/> 肝機能障害 <input type="checkbox"/> 血液検査の異常 <input type="checkbox"/> その他〔 〕 ●臨床症状と血液検査の具体的所見 〔使用後3日後より腕に小さな発疹が出現した。徐々にかゆみがひどくなるので、念のため健康食品をやめてみたところ、症状は軽快した。〕			
摂取品の使用中止の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続( <input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 増量 ) <input type="checkbox"/> 中止後再使用 <input type="checkbox"/> 不明				
転帰	医師の診察 <input type="checkbox"/> 有(診療科  ) <input checked="" type="checkbox"/> 無( <input type="checkbox"/> 受診をすすめた ) <input type="checkbox"/> 投薬〔薬品名： 〕 <input type="checkbox"/> 投薬以外の処置〔 〕 <input checked="" type="checkbox"/> 摂取中止で軽快 <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	高血圧の治療薬はすでに2年ほど服用しており、アレルギーが起こるとは考えられない。ローヤルゼリーは以前に他の製品を使用したことがある。				
薬との相互作用が疑われる場合はこちらに参考意見としてお書きください。					