

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					

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	○太枠内の情報は、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。 ○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		作成日	令和 4 年 4 月 2 3 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	強力グルコサミンタブレット	製品名・主成分、製造者・販売者、原材料について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。主成分以外の成分でも、健康被害が生じる可能性があります。	
	製造者又は販売者	製造者：株式会社○○堂本舗		
	ロット番号又は賞味期限	2023.11		
	原材料	グルコサミン、コンドロイチン、 ビール酵母、ローヤルゼリー		<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 checked="" 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 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	摂取開始日：令和4年4月13日 摂取中止(減量)日：令和4年4月16日 <input type="checkbox"/> 不明			
1日摂取量	<input checked="" type="checkbox"/> 使用方法とおり〔具体的に：1日3錠〕 <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 checked="" 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	1 5 6 cm 5 0 kg 性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input checked="" type="checkbox"/> 女性 (妊娠の有無： <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無)
	情報提供者	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 摂取中止(減量)で症状軽快 <input checked="" 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：一年前に同じ製品を摂取して、皮膚に発疹が生じた患者がいた。〕
	基礎疾患	●基礎疾患 <input checked="" type="checkbox"/> 有〔疾病名：高血圧〕 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 ●基礎疾患への治療薬の使用 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (薬品名：○○錠、××カプセル) <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 checked="" type="checkbox"/> 食物〔カニ〕 <input type="checkbox"/> その他〔 〕
	症状・異常所見等	●発現日 令和4年4月16日 ●来局日 令和4年4月20日 来局日(2回目) 年 月 日 ●症状 (複数選択可) <input type="checkbox"/> 上腹部(□痛 □不快) <input type="checkbox"/> 下腹部(□痛 □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 checked="" type="checkbox"/> 皮膚症状 (<input checked="" 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： 使用開始後4日目より、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止めてみたところ、症状は軽快した。
摂取品の使用中止の有無等	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 無(受診勧奨の有無： <input checked="" 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 checked="" 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	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にくい。ロイヤルゼリーは以前に他の製品を使用したことがあるが、発疹は生じなかった。	

薬との相互作用が疑われる場合等はこちらに参考意見としてお書きください。