

指定成分等含有食品健康被害情報届出書

年 月 日

大阪市保健所長 様

住所

氏名

(法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)

(製造・輸入・加工・販売)した指定成分等含有食品による健康被害情報を得ましたので、食品衛生法第8条第1項の規定により、次のとおり届出します。

記

- 1 指定成分等含有食品が人の健康に被害を生じ、又は生じさせるおそれがある旨の情報を得た日
- 2 指定成分等含有食品の製品名
- 3 指定成分等の含有量

(添付書類)

健康食品の摂取に伴う有害事象情報提供票

※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

※健康被害を生じさせるおそれがある旨の研究報告等の情報を得た場合の届出にあつては、当該研究報告等によることができる





### 3 摂取者および摂取状況に関する情報

* 個人情報（氏名・住所・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、住所、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	
住所			

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		
	製品名	製造者名	
あ る 場 合	①		
	②		
	③		
	④		
	⑤		
	⑥		
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 はすべて記載)	医療機関名： 所在地： 受診日： 診断結果：	
	医療機関名： 所在地： 受診日： 診断結果：	
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	
		医薬品名	服用目的
ある 場 合	①		
	②		
	③		
	④		
	⑤		
	⑥		

(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					