

送 信 者 情 報	医療機関名	診療科	<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 腎臓内科
	氏名		<input type="checkbox"/> 総合診療科	<input type="checkbox"/> 救急科
	電話		<input type="checkbox"/> その他()	
	e-mail	作成日	令和 年 月 日	

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 ●受診日 年 月 日 受診日（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 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： ） ●臨床症状と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	<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 <input type="checkbox"/> 他の医療機関を紹介〔 <input type="checkbox"/> 総合病院 <input type="checkbox"/> 専門病院 <input type="checkbox"/> その他（診療科： ）〕	
当該事例に関する参考意見		