

受給者カードの配布のご案内

医薬品医療機器総合機構では保健福祉事業の一環として、受給者の皆様のご自身の副作用被害について正確に情報提供が行えるよう、ご希望により**受給者カード**を配布いたします。カードには**副作用の原因と考えられる又は推定される医薬品名**を記載しています。カードはプラスチック製薄型カードで、免許証サイズです。

ご希望の方は別紙 受給者カード申込書にご記入の上、同封の封筒でご郵送ください。なお、氏名の記載を希望されない方は申込書の該当欄にチェックをつけてください。

表面

私は過去に下記の医薬品の副作用による健康被害で、健康被害救済制度の給付を受けたことがあります。薬剤投与の際には、十分注意してください。

医薬 機構	001234
【副作用の名称等】 (疾病)	
・	
・	
(障害)	
・	
・	

裏面

【副作用の原因と考えられる又は推定される医薬品】販売名(一般名)

- ・ペレックス顆粒(非ピリン系感冒剤(2))
- ・ファモスタジン散2% (ファモチジン(散))
- ・リンタシンS注射液(リン酸クリンダマイシン(注射液))
- ・ジスプロチン錠200mg(塩酸シプロフロキサシン(錠))

【備考】

受給者カード 申込書

平成 年 月 日

独立行政法人医薬品医療機器総合機構

健康被害救済部長 殿

受給者

氏名 _____ 印

住所 _____

電話番号 _____

受給者番号 _____

私は受給者カードの発行を希望いたします

※該当する方は下記の枠内にチェックを入れてください

氏名を記載しないことを希望します