

# 1.副作用報告で入力いただく項目について

入力いただく項目とその例をお示します。

セキュリティの都合上、ページ遷移をせずに1時間程度経過するとセッションが切れますのでご注意ください。

報告される方について	
お名前*	機構太郎
ご住所*	〒100-0013 東京都千代田区霞が関X-X-X ○○ビル XXX号
ご連絡先(メールアドレス)*	XXXX@XX.co.jp
年齢*	30歳
医療従事者か否か	いいえ
副作用が現れた方について	
副作用が現れたのは誰か*	家族(続柄:父)
報告者との続柄*	
性別*	男
副作用が現れた時の年齢*	60歳
身長	170 cm
体重	70 kg

副作用を引き起こしたと思われる医薬品について	
疑われる医薬品名*	XXXXX
製造販売業者	XXX製薬株式会社
お薬を飲み始めた日	2016年7月1日
お薬を飲み終わった日、飲むのをやめた日	2016年7月8日
購入方法	薬局・店舗
服用状況	中止した
他に服用していた医薬品 ○○カプセル、XXXX錠	

副作用の症状について	
副作用の症状名*	じんましん
いつから発症したか*	2016年7月4日
医療機関受診したか	はい
副作用と診断されたか	はい
症状はその後どうなったか*	回復

副作用を引き起こしたと思われる医薬品を使用した目的*	風邪をひいて熱が出たため
副作用が現れた時にかかっていた病気*	高血圧、高脂血症
副作用が現れる以前にかかったことのある病気とその時期*	幼少期に気管支喘息であった。3年前に虫垂炎の手術を受けた。

経緯	
風邪を引いて熱が出たため、近くのドラッグストアにてXXXXXを購入した。飲み始めて3日たった頃にじんましんが出たため、病院へいったところ…	

詳しい情報を聞くことができる医療機関について		
詳細情報を聞ける医療機関の有無*	有り	
副作用が現れた方のお名前*	機構 一郎	
医療機関の連絡先 *:詳細を聞ける医療機関有りの場合	名称	XXXクリニック
	住所	東京都XX区XXX XX-X-XX
	電話番号	123456789
	主治医の名前	XXXXX

記載いただいた医療機関へ個人情報を含む報告データを調査のために提供します。

最大5つの医薬品についての情報を入力できます。

医薬品のシートやパッケージ、お薬手帳などがあるとスムーズにご報告いただけます。

最大10個の副作用症状について入力できます。

過去の副作用について	
医薬品名	副作用症状名
●●錠	発疹
××カプセル	嘔吐

1000字まで入力可能です。

副作用が現れたときの状況や症状について、医薬品を使用した時から順を追って入力してください。2000字まで入力可能です。

\* は必須項目を表しています。