

平成23年度決定（4月分）

| 整理番号 | 性別 | 請求時年齢(※) | 医薬品販売名 | 一般名 | 副作用名称等 | 給付の内容 | 不支給理由 |
|---------|----|----------|--|---|---|---------------|-------------------------|
| 11-0001 | 男 | 50～59 | ラミクタール錠25mg | ラモトリギン(錠) | 疾病:薬剤性過敏症候群(DIHS) | 医療費,医療手当 | |
| 11-0002 | 男 | 60～69 | スピロノラクトン錠25mg「トール」 ザンタック錠75 | スピロノラクトン(錠) 塩酸ラニチジン(錠) | 疾病:中毒性表皮壊死症(ライエル症候群) 死亡:中毒性表皮壊死症(ライエル症候群)に続発した敗血症による死亡 | 医療費,医療手当,遺族年金 | |
| 11-0003 | 男 | 60～69 | スピロノラクトン錠25mg「トール」 ザンタック錠75 | スピロノラクトン(錠) 塩酸ラニチジン(錠) | 死亡:中毒性表皮壊死症(ライエル症候群)に続発した敗血症による死亡 | 葬祭料 | |
| 11-0004 | 女 | 30～39 | ロキソニン錠 「小児用」感冒薬リコデS液(一般用医薬品) | ロキソプロフェンナトリウム(錠) アセトアミノフェン、ジヒドロコデインリン酸塩、di-メチルエフェドリン塩酸塩、クロルフェニラミンマレイン酸塩、カフェイン水和物、リボフラビンリン酸エステルナトリウム | 疾病:中毒性表皮壊死症(ライエル症候群) 障害:中毒性表皮壊死症(ライエル症候群)による視力障害 | 医療手当,障害年金1級 | |
| 11-0005 | 男 | 70～79 | オメプラール錠20 | オメプラゾール(錠) | 疾病:横紋筋融解症、低ナトリウム血症 | 医療費,医療手当 | |
| 11-0006 | 男 | 60～69 | ボルタレンサボ50mg | ジクロフェナクナトリウム(坐剤) | 疾病:劇症肝炎、急性腎不全 死亡:急性腎不全および劇症肝炎に続発した多臓器不全による死亡 | 医療手当,遺族年金,葬祭料 | |
| 11-0007 | 女 | 30～39 | エクセگران散20% エクセگران錠100mg スタンゾームOD錠30 ガスモチン錠5mg | ゾニサミド(散) ランソプラゾール(錠) クエン酸モザプリド(錠) | 疾病:播種状紅斑丘疹型薬疹 | 医療費,医療手当 | |
| 11-0008 | 女 | 20～29 | オーゲメンチン錠250 | アモキシシリン・クラブラン酸カリウム(錠) | 疾病:汎発型薬疹 | 不支給 | 医薬品の使用方法が適正とは認められない |
| 11-0009 | 男 | 40～49 | フロバジル錠50mg | 局・プロピルチオウラル錠 | 疾病:抗好中球細胞質抗体(ANCA)関連血管炎症候群 | 医療費,医療手当 | |
| 11-0010 | 男 | 40～49 | テグレート錠200mg カルバマゼピン錠200mg「アメル」 | カルバマゼピン(錠) | 疾病:薬剤性過敏症候群(DIHS) | 医療費,医療手当 | |
| 11-0011 | 男 | 70～79 | エクゼイド懸濁用錠125mg | デフェラシロクス(錠) | 疾病:薬物性肝障害、多形紅斑型薬疹 | 医療費,医療手当 | |
| 11-0012 | 女 | 60～69 | カロナール錠200 PL顆粒 | アセトアミノフェン(錠) 非ピリン系感冒剤(4) | 疾病:多形紅斑型薬疹 | 医療費,医療手当 | |
| 11-0013 | 女 | 20～29 | — | — | 疾病:— | 不支給 | 投与された医薬品により発現したとは認められない |
| 11-0014 | 男 | 50～59 | テグレート錠200mg パブロンス錠(一般用医薬品) ゼナF-Ⅱ(一般用医薬品) | カルバマゼピン(錠) ブロムヘキシリン塩酸塩、ジヒドロコデインリン酸塩、di-メチルエフェドリン塩酸塩、アセトアミノフェン、リゾチーム塩酸塩、マレイン酸カルピノキサミン、無水カフェイン、ビスイプチアミン、リボフラビン ムイラプアマエキサー-A、ジオウエキサー-A、クコシ流エキサー-A、トウキ流エキサー、ニンジンエキサーM、オウギ流エキサー、オウセイ流エキサー、カンゾウエキサー、ロクジョウチンキ、イカリ草エキサー、ハンピチンキ、ケイヒ流エキサー、ブクリョウエキサー-A、タウリン、リボフラビンリン酸エステルナトリウム、ピリドキシン塩酸塩、無水カフェイン | 疾病:播種状紅斑丘疹型薬疹 | 医療費,医療手当 | |
| 11-0015 | 女 | 30～39 | カロナール錠200 | アセトアミノフェン(錠) | 疾病:播種状紅斑丘疹型薬疹 | 医療費,医療手当 | |
| 11-0016 | 男 | 60～69 | サラゾピン錠500mg | サラゾスルファピリジン(錠) | 疾病:薬物性肝障害、播種状紅斑丘疹型薬疹 | 医療費,医療手当 | |
| 11-0017 | 男 | 60～69 | アマリール1mg錠 シヤヌビア錠50mg | グリメピリド(錠) シタグリブチンリン酸塩水和物 | 疾病:倦怠感、発熱 | 医療費,医療手当 | |
| 11-0018 | 女 | 0～9 | エンテロノールR散 サワシリン細粒10% ケフラル細粒小児用100mg | 耐性乳酸菌製剤(散)(1) アモキシシリン(細粒) セファクロル(細粒) | 疾病:汎発型薬疹 | 医療費,医療手当 | |
| 11-0019 | 女 | 40～49 | バリエット錠10mg サワシリンカプセル250 クラリス錠200 | ラベプラゾールナトリウム(錠) アモキシシリン(カプセル) クラリスロマイシン(錠) | 疾病:多形紅斑型薬疹 | 医療費,医療手当 | |
| 11-0020 | 男 | 40～49 | テグレート錠100mg | カルバマゼピン(錠) | 疾病:多形紅斑型薬疹 | 医療費,医療手当 | |
| 11-0021 | 女 | 30～39 | シアナマイド内用液1%「タナベ」 | シアナミド(液) | 疾病:薬物性肝障害、皮膚粘膜眼症候群(スティーブンス・ジョンソン症候群) | 医療費,医療手当 | |
| 11-0022 | 男 | 50～59 | テグレート錠50% | カルバマゼピン(細粒) | 疾病:薬剤性過敏症候群(DIHS) | 医療費,医療手当 | |
| 11-0023 | 女 | 50～59 | リビトール錠10mg | アルバスタチンカルシウム水和物(錠) | 疾病:多形紅斑型薬疹 | 医療費,医療手当 | |
| 11-0024 | 男 | 40～49 | ザイロリック錠100 アロプリノール錠100mg「アメル」 | アロプリノール(錠) | 疾病:薬剤性過敏症候群(DIHS) | 医療費,医療手当 | |
| 11-0025 | 女 | 70～79 | ザイロリック錠100 | アロプリノール(錠) | 疾病:多形紅斑型薬疹 | 医療費,医療手当 | |

平成23年度決定（4月分）

| 整理番号 | 性別 | 請求時年齢(※) | 医薬品販売名 | 一般名 | 副作用名称等 | 給付の内容 | 不支給理由 |
|---------|----|----------|----------------------|--------------------|-----------------------|----------|-------|
| 11-0026 | 女 | 30～39 | ムコソルバンシカプセル45mg | 塩酸アンブロキシール(徐放カプセル) | 疾病:多形紅斑型薬疹 | 医療費,医療手当 | |
| | | | ジェニナック錠200mg | メシル酸ガレノキサシン水和物(錠) | | | |
| 11-0027 | 女 | 50～59 | — | — | 疾病:判定不能 | 不支給 | 判定不能 |
| 11-0028 | 男 | 0～9 | 乾燥弱毒生おたふくかぜワクチン「タケダ」 | 乾燥弱毒生おたふくかぜワクチン | 疾病:無菌性髄膜炎 | 医療費,医療手当 | |
| 11-0029 | 男 | 80～ | イオバミロン300シリンジ | イオバミドール(キット) | 死亡:アナフィラキシー様ショックによる死亡 | 遺族年金 | |
| 11-0030 | 女 | 50～59 | マイスリー錠10mg | 酒石酸ソルピデム(錠) | 疾病:多形紅斑型薬疹 | 医療費,医療手当 | |
| | | | バキシル錠10mg | 塩酸バロキセチン水和物(錠) | | | |
| 11-0031 | 男 | 20～29 | サラソピリン錠500mg | サラソスルファピリジン(錠) | 疾病:薬剤性過敏症候群(DIHS) | 医療費,医療手当 | |

(※)請求時年齢もしくは享年

別表
＜投与された医薬品により発現したとは認められない事例等＞

| 整理番号 | 性別 | 請求時年齢(※) | 使用医薬品名 | 診断書に記載された副作用によるものとみられる疾病の名称または症状 | 請求内容 |
|---------|----|----------|---------------------------|----------------------------------|----------|
| 11-0013 | 女 | 20～29 | タリオン錠10mg、ポララミン錠2mg | 脱毛症 | 医療費・医療手当 |
| 11-0027 | 女 | 50～59 | ブレマリン錠0.625mg、プロペラ、ルトラール錠 | 未記入 | 医療費・医療手当 |

(※)請求時年齢もしくは享年