

# 患者副作用報告で入力いただく項目について

\* : 入力必須項目

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一定時間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XX号
連絡先メールアドレス*	XXXX@XX.ne.jp
年齢	30歳
医療従事者か否か	いいえ

## 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
詳細情報を聞ける医療機関が有の場合、必須項目(★)	

## 副作用が現れた方について

副作用が現れた方について 報告者ご本人か報告者のご家族か*	家族 (続柄: 父)
(ご家族の場合、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

医療機関の連絡先	名称*	XXXクリニック
	住所*	東京都XX区XXX XX-X
	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提供して不足している情報を得ることがあります。今後の医薬品の安全対策のため、ご協力をお願いいたします。

## 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または飲むのを中止した日	2016年7月4日
購入方法(市販薬の場合)	薬局・店舗
服用状況	中止した

医薬品のパッケージ、お薬手帳などがあると、スムーズに入力いただけます。

最大5つの医薬品についての情報を入力できます。

## 他に服用していた医薬品

○○カプセル、XXXX錠

## 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

副作用症状について10個まで入力できます。

1000字まで入力可能です。

## 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
副作用の治療をしたか*	はい(外来にて治療を行った)
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。

医薬品を使用した状況、副作用が現れた時の状況や症状等を時間経過の順にご入力ください。2000字まで入力可能です。

## 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、XXXクリニックへいったところ…