

別添

令和5年8月23日

健康食品の摂取に伴う有害事象情報提供票
操作説明書

目次

- [1] エクセルファイルに関する留意点 --- P 2
- [2] 【事業者用】情報提供票について --- P 3 ~ P 13
- [3] 【自治体用】情報提供票について --- P 14 ~ P 15
- [4] 【厚労省提出用】情報提供票について --- P 16

エクセルファイルに関する留意点

エクセル（Excel）ファイル、「健康食品の摂取に伴う有害事象情報提供票」（以下、「情報提供票」という。）の使用に当たり、以下の点にご留意ください。

- [1] 情報提供票は、シート保護及びブック保護機能を使用しています。このシート保護及びブック保護が機能している状態での使用を前提としています。なお、保護機能にパスワードををかけないようにお願いします。
- [2] 情報提供票は、3シートで構成しており、入力対象者（事業者又は自治体）が対象のシートのみに入力することを前提としています。
- [3] 情報提供票は、エクセルの計算機能が「自動計算」であることを前提としています。
- [4] 本操作説明書は、チェックボックス及びオプションボタンの選択について、選択することを「選択してください」または「チェックを入れてください」と表現しています。
選択方法については、文字列の先頭にある「」または「」、対象の文字列を押下することで選択された状態になります。

【事業者用】情報提供票について

「【事業者用】情報提供票シート」は、事業者が使用するシートです。

事業者は、このシートのみを記入し、「【自治体用】情報提供票シート」及び「【厚労省提出用】情報提供票シート」は使用しません。

「* 赤文字」の項目は入力必須項目です。

■ 入力項目説明（印刷枠 1 ページ目：報告者情報・指定成分等・症状）

色付けされた箇所が事業者の記入対象を示しています。各番号の補足については次のページをご確認ください。

健康食品の摂取に伴う有害事象情報提供票			送付枚数
報告者氏名 (役職)	2	会社名(部署名)	3
所在地	4		
電話番号 FAX番号	5	情報受付日	6 年 月 日
情報提供者	7 <input type="checkbox"/> 摂取者本人 <input type="checkbox"/> 摂取者の家族等 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他 ()		
該当箇所にチェックまたは空欄に記入してください(複数回答可)。 「指定成分等を含む食品」の場合、*のついている項目は必須ですので必ず記入し、それ以外の項目においては、可能な範囲で情報を収集してください。 「それ以外の健康食品」においては、可能な範囲で情報を収集してください。			
8 指定成分等	<input type="radio"/> 含有あり	* 指定成分等名:	A
		* 指定成分等の1日摂取目安量 ($\mu\text{g}/\text{mg}/\text{g}$):	B
		* 管理成分の1日摂取目安量 ($\mu\text{g}/\text{mg}/\text{g}$):	C
<input type="radio"/> 含有なし			
<input type="radio"/> 不明	1 ページ		
1. 症状			
9 * 症状・主訴	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> かゆみ・発疹 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 不正性器出血 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 吐気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 月経不順 <input type="checkbox"/> 臨床検査値の異常		
	具体的な項目: [A]		
10 * 症状発現日	<input type="checkbox"/> その他		
	具体的な訴え: [B]		
* 症状発現日		年 月 日(頃) または 摂取 日(頃) その他 () <input type="checkbox"/> 不明	

▼情報受付日入力チェック
※情報受付日を入力してください(和暦入力)

▼症状・主訴 チェック
※症状・主訴がチェックされていません

【症状発現日について】
詳細な日付が不明な場合(年や月まではわかるが、日までは不明な場合)は、その他に記入してください。

▼症状発現日入力チェック
※症状発現日を入力してください(和暦入力)

- [1] 送付枚数を半角数字のみで入力してください。「枚」等の助数詞は不要です。
また、数値以外の文字を入力すると、数値で入力してくださいという趣旨のアラートメッセージが表示されます。
- [2] 報告者の氏名及び役職を入力してください。役職は未入力でも問題ありません。
- [3] 会社名及び部署名を入力してください。
- [4] 会社の所在地を入力してください。
- [5] 電話及びFAX番号を入力してください。
また、入力は2行にわかれているため、上段には電話番号、下段にはFAX番号を入力してください。
FAX番号がない場合には、未入力でも問題ありません。

電話番号	03-1234-5678
FAX番号	03-1234-9999

- [6] 情報受付日を和暦で入力してください。

情報受付日	令和5年4月1日	▼情報受付日入力チェック OK : 2023/04/01
-------	----------	---------------------------------

印刷枠外に情報受付日の入力チェックを表示しています。
正しく入力されている場合は「OK : yyyy/mm/dd」と表示されます。

また、西暦や誤った日付を入力した場合、入力チェックで誤りのある箇所について、説明が表示されます。

情報受付日	2023年4月1日	▼情報受付日入力チェック ※和暦で入力してください
情報受付日	令和5年2月30日	▼情報受付日入力チェック ※情報受付日の日付が正しくありません

この情報受付日入力チェックが「OK」となっていることを確認してください。

- [7] 情報提供者を選択してください。その他の欄に入力した場合、必ず「その他」にもチェックが入っていることを確認してください。
- [8] 摂取した健康食品に指定成分等の含有の有無について、「含有あり」、「含有なし」及び「不明」の中から当てはまるものを、選択してください。

また、「含有あり」を選択した場合は、[A] [B] [C] の欄の入力は必須です。

8 指定成分等	<input checked="" type="radio"/> 含有あり	* 指定成分等名:	A
		* 指定成分等の1日摂取目安量 (μg/mg/g):	B
		* 管理成分の1日摂取目安量 (μg/mg/g):	C
	<input type="radio"/> 含有なし		
	<input type="radio"/> 不明		

- [9] 症状について当てはまるものにチェックをいれてください。
 また、「臨床検査値の異常」の具体的な項目に入力した場合は、「臨床検査値の異常」にチェックが入っていることを確認してください。「その他」の具体的な訴えに入力した場合、「その他」にチェックが入っていることを確認してください。

また、印刷枠外にも [9]の項目についての入力チェックを設けています。
 選択及び入力した後は、入力チェックが「OK」と表示されているかどうかを確認してください。

(例) [B] を入力するが、「その他」にチェックが入っていない場合、枠外のチェック項目に「※その他にチェックが入っていません」と表示されます。

The screenshot shows a form with a sidebar on the left containing a circled number '9' and the text '* 症状・主訴'. The main area has a grid of checkboxes for symptoms: 発熱, かゆみ・発疹, 腹痛, 呼吸困難, 頭痛, 食欲不振, 下痢, 不正性器出血, 倦怠感, 吐気・嘔吐, 黄疸, 月経不順. Below this is a section for '臨床検査値の異常' with a text input field. Below that is a section for 'その他' with a text input field containing the text '服用するようになってから著しく食欲が落ち、体重が激減した。' and a circled letter 'B'. A red arrow points from the 'その他' checkbox to the '臨床検査値の異常' field, and another red arrow points from the '臨床検査値の異常' field to the 'その他' text input. On the right side, a red-bordered box contains the text '▼症状・主訴 チェック' and '※その他にチェックが入っていません'.

- [10] 症状発現日は、わかる範囲で入力してください。
 年や月まではわかるが、日付までは不明である場合は、その他の欄に入力してください。
 また、症状発現日及び摂取日から数えた症状発現日について、どちらも不明である場合は「不明」にチェックを入れた上で、何かわかる情報があれば、その他の欄へ入力してください。
 なお、「不明」にチェックを入れた場合においては、入力チェックが「入力してください」という表記のままでも問題ありません。

13 購入日	<input type="checkbox"/> その他 ()	14 消費/賞味期限	<input type="checkbox"/> その他 ()	▼購入日入力チェック ※購入日を入力してください(和暦入力)
	年 月 日		年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 不明		<input type="checkbox"/> 不明	

印刷枠外に「購入日」及び「消費/賞味期限」の入力チェックを表示しています。
正しく入力されている場合は「OK : yyyy/mm/dd」と表示されます。

また、西暦や誤った日付を入力した場合、入力チェックで誤りのある箇所について、説明が表示されます。

13 購入日	<input type="checkbox"/> その他 ()	14 消費/賞味期限	<input type="checkbox"/> その他 ()	▼購入日入力チェック ※購入日の日付が正しくありません
	令和3年 2月 30日		2023年 4月 1日	
	<input type="checkbox"/> 不明		<input type="checkbox"/> 不明	

この購入日及び消費/賞味期限の入力チェックが「OK」となっていることを確認してください。

なお、それぞれ日付が不明で「不明」にチェックを入れた場合においては、入力チェックが「入力してください」という表記のままでも問題ありません。

- [15] ロット番号を入力してください。不明の場合は、「不明」にチェックを入れた上で理由の欄に入力してください。
- [16] 該当する製品の原材料名・含有量・配合量を全て入力してください。不明な場合は「不明」にチェックをいれてください。また、「原材料名・含有量・配合量」については、入力が必須ですが、その内容を含む別添資料を提出する場合は、省略することが可能です。([20]を参照してください。)
- [17] 1日当たりの摂取目安量(mg)を入力してください。不明である場合は「不明」にチェックをいれてください。
- [18] 食品の種類について選択してください。選択肢に当てはまるものがない場合、または不明である場合は「その他」にチェックをいれてください。
- [19] [18] で「機能性表示食品」を選択した場合は、機能性関与成分（エキス等の場合は指標成分）及びその含有量を入力してください。不明である場合は「不明」にチェックをいれてください。
- [20] 情報提供票に、製品の特定的に確かなるよう別添資料として製品に関する画像を添付する場合は「あり」を選択してください。「あり」とした場合、当該製品の「原材料名・含有量・配合量」が別添資料に含まれる場合は、[16] の項目の記入について省略することが可能です。
なお、自治体へ情報提供票を送信する際に、添付資料と一緒に送ることを忘れないようにご注意ください。

■ 入力項目説明（印刷枠3ページ目：摂取者および摂取状況に関する情報）

3. 摂取者および摂取状況に関する情報			
* 個人情報（氏名・連絡先）について行政への提供を <input type="radio"/> 同意する <input type="radio"/> 同意しない 21			
※同意が得られない場合は、氏名、連絡先は記入せず、備考欄にその理由を可能な範囲で記入すること。			
氏名 22	連絡先 B		
性別 23 <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/> 不明			
年齢 24 <input type="radio"/> 10歳未満 <input type="radio"/> 10歳代 <input type="radio"/> 20歳代 <input type="radio"/> 30歳代 <input type="radio"/> 40歳代 <input type="radio"/> 50歳代 <input type="radio"/> 60歳代 <input type="radio"/> 70歳代 <input type="radio"/> 80歳代 <input type="radio"/> 90歳代 <input type="radio"/> 100歳以上 <input type="radio"/> 不明			
当該製品の入手方法 25 <input type="checkbox"/> 店頭販売 <input type="checkbox"/> (ネット) 通販 <input type="checkbox"/> 訪問販売 <input type="checkbox"/> 個人輸入 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明			
* 使用開始日 26	* 使用中止日 27		
<input type="checkbox"/> 不明 その他 ()	<input type="checkbox"/> 不明 その他 ()		
28	* 1日摂取量		
<input type="checkbox"/> 使用方法のとおり <input type="checkbox"/> 少量 (具体的に:) <input type="checkbox"/> 過量 (具体的に:) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に:) <input type="checkbox"/> 不明 (具体的に:)			
29	* 症状発現後の使用状況・症状		
<input type="checkbox"/> 中止 → 中止後に症状改善: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 中止後再使用 → 再使用で症状再発: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 減量 → 減量後に症状改善: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 増量 → 増量後に症状悪化: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 不明			
* 併用している他の健康食品 30 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明			
ある場合	製品名	製造者名	
	①		
	②		
	③		
	④		
	⑤		
	⑥		
	⑦		
	⑧		
	⑨		
⑩			

【使用開始日・使用中止日について】
「不明」にチェックを入れた場合、補足すべき内容があればその他の欄に内容を入力してください。
また、詳細な日付が不明な場合（年や月まではわかるが、日までは不明な場合）も、その他に記入してください。

▼使用開始日入力チェック
※使用開始日を入力してください（相属入力）

▼使用中止日入力チェック
※使用中止日を入力してください（相属入力）

▼症状発現後の使用状況・症状チェック
※症状発現後の使用状況・症状を選択してください

※併用している他の健康食品について選択してください

- [21] 個人情報（氏名・連絡先）について行政への提供について「同意する」または「同意しない」のどちらかを選択してください。
- [22] [21]で同意するを選択した場合に [A] 氏名・[B] 連絡先を入力してください。
また、[21] で同意しないを選択した場合は [A] 及び [B] への入力をせず、備考欄にその理由を可能な範囲で入力してください。
- [23] 摂取者の性別について選択してください。
- [24] 摂取者の年齢について選択してください。

- [25] 該当する製品の入手方法について、当てはまるものにチェックを入れてください。
 また、当てはまるものがない場合は、「その他」にチェックを入れた上で内容をその他の欄に入力してください。
 「その他」の欄に入力した場合は、「その他」にチェックが入っていることを確認してください。
 なお、入手方法が不明である場合は、「不明」にチェックを入れてください。
- [26] 使用開始日を和暦で入力してください。
 詳細な日付が不明な場合（年や月まではわかるが、日までは不明な場合）は、「その他」の欄に入力をしてください。
 また、「不明」にチェックを入れた場合は、補足すべき内容があれば、「その他」の欄に内容を入力してください。
- [27] 使用中止日を和暦で入力してください。
 詳細な日付が不明な場合（年や月まではわかるが、日までは不明な場合）は、「その他」の欄に入力をしてください。
 また、「不明」にチェックを入れた場合は、補足すべき内容があれば、「その他」の欄に内容を入力してください。

26	令和5年4月1日	27	年 月 日	▼使用開始日入力チェック OK : 2023/04/01 ▼使用中止日入力チェック ※使用中止日を入力してください（和暦入力）
* 使用開始日	<input type="checkbox"/> 不明	* 使用中止日	<input type="checkbox"/> 不明	
その他()		その他()		

印刷枠外に「使用開始日」及び「使用中止日」の入力チェックを表示しています。
 正しく入力されている場合は「OK : yyyy/mm/dd」と表示されます。

また、西暦や誤った日付を入力した場合、入力チェックで誤りのある箇所について、説明が表示されます。

26	令和5年2月30日	27	2023年4月1日	▼使用開始日入力チェック ※使用開始日の日付が正しくありません ▼使用中止日入力チェック ※和暦で入力してください
* 使用開始日	<input type="checkbox"/> 不明	* 使用中止日	<input type="checkbox"/> 不明	
その他()		その他()		

この使用開始日及び使用中止日の入力チェックが「OK」となっていることを確認してください。
 なお、「不明」にチェックを入れた場合においては、入力チェックが「入力してください」という表記のままでも問題ありません。

- [28] 摂取者が1日に摂取していた量について当てはまるものにチェックを入れてください。
 また、「使用方法のとおり」以外の選択肢にチェックを入れた場合は、具体的な1日摂取量を入力してください。
 なお、具体的な内容を入力した場合、その項目がチェックされていることを確認してください。
- [29] 症状発現後の使用状況・症状について当てはまるものにチェックを入れてください。
 「中止」「中止後再使用」「減量」「増量」のいずれかにチェックを入れた場合、その後の症状についての当てはまるものにチェックを入れてください。
 入力後は、入力チェックが「OK」と表示されていることを確認してください。

(例) 「中止」にチェックを入れたが、中止後の症状改善について選択されていない場合、入力チェック欄には「※中止後の症状についてチェックを入れてください」と表示されます。

* 症状発現後の使用状況・症状	<input checked="" type="checkbox"/> 中止	→	中止後に症状改善:	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明	▼症状発現後の使用状況・症状 チェック ※中止後の症状についてチェックを入れてください
	<input type="checkbox"/> 中止後再使用	→	再使用で症状再発:	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明	
	<input type="checkbox"/> 減量	→	減量後に症状改善:	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明	
	<input type="checkbox"/> 増量	→	増量後に症状改善:	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明	
	<input type="checkbox"/> 継続						
<input type="checkbox"/> 不明							

- [30] 摂取者が該当製品とは別に併用している他の健康食品の有無について「あり」、「なし」または「不明」の中から当てはまるものを選択してください。
- [31] [30] で「あり」を選択した場合は、[31] に併用している健康食品の製品名及び製造者名を入力してください。複数ある場合は、わかる範囲で全て入力してください。入力する内容が枠を超える場合は「4. 受診情報」の備考欄へ入力してください。
- また、印刷枠 5 ページ目の備考欄に [31] に記入した製品名を記載する際は、同一の製品名を入力していただくようお願いします。

(例) [31] に入力した製品名「ビタミンB サプリメント」



印刷枠 5 ページ目の備考欄

良い例 : 本品とビタミンB サプリメントを併用しており……

良くない例 : 本品とビタミンBを併用しており……

※製品名は省略せず、アルファベットの大きい文字・小さい文字の別、スペースの半角・全角の別を含め、
[31] で記入した製品名「ビタミンB サプリメント」と同一の記載をお願いします。

■ 入力項目説明（印刷枠4ページ目：受診情報）

4. 受診情報		
* 医療機関受診 32 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明		
* 今回の症状のために受診した医療機関 (複数ある場合はすべて記載)	医療機関名:	A 受診日:
	所在地:	
	医療機関名:	B 受診日:
	所在地:	
その他の医療機関 (かかりつけ病)	医療機関名:	受診日:
	所在地:	
妊娠の有無 35 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明		
* 併用している医薬品の詳細 36 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明		
	医薬品名	服用目的
①		
②		
③		
④		
⑤		
⑥		
⑦		
ある場合	37	

医療機関受診で「あり」を選択した場合、受診した医療機関の情報は入力必須です。
医療機関名が不明の場合は、医療機関名に「不明」と入力してください。

▼医療機関受診 入力チェック

※医療機関受診を選択してください

[32] 撮取者が医療機関を受診したかどうかについて、「あり」、「なし」または「不明」の中から当てはまるものを選択してください。

[33] 「あり」を選択した場合は、受診した医療機関の情報を入力してください。
[A] の欄に入力していることを確認してください。また、受診機関が複数ある場合は、[B] の欄にも入力してください。
受診機関が3つ以上ある場合は、3つ目より備考欄へ入力してください。
受診機関について、医療機関名が不明の場合においては、「医療機関名」の欄に「不明」と入力してください。
入力後は、入力チェックが「OK」と表示されていることを確認してください。

(例) 「あり」を選択しているが、医療機関名を入力していない場合、「※受診した医療機関の情報が未入力です」と表示されます。

4. 受診情報	
* 医療機関受診	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明
* 今回の症状のために受診した医療機関 (複数ある場合はすべて記載)	医療機関名: <input type="text"/> 受診日: <input type="text"/>
	所在地: <input type="text"/>
医療機関名: <input type="text"/>	受診日: <input type="text"/>
	所在地: <input type="text"/>

医療機関受診で「あり」を選択した場合、受診した医療機関の情報は入力必須です。
医療機関名が不明の場合は、医療機関名に「不明」と入力してください。

▼医療機関受診 入力チェック

※受診した医療機関の情報が未入力です

- [34] 摂取者のかかりつけ病院がある場合は情報を入力してください。
- [35] 摂取者の妊娠の有無について、当てはまるものを選択してください。
- [36] 摂取者が該当する製品とは別に併用している医薬品の有無について、「あり」、「なし」または「不明」の中から当てはまるものを選択してください。
- [37] [36] で「あり」を選択した場合は、[37] に併用している医薬品の医薬品名及び服用目的を入力してください。複数ある場合は、わかる範囲で全て入力してください。入力する内容が枠を超える場合は備考欄へ入力してください。また、印刷枠 5 ページ目の備考欄に [37] に記入した医薬品を記載する際は、同一の医薬品名を入力していただくようお願いします。

(例) [37] に記入した医薬品名「頭痛薬A Plus」

↓

印刷枠 5 ページ目の備考欄

良い例 : 本品と頭痛薬A Plusを併用しており……

良くない例 : 本品と頭痛薬Aを併用しており……

※医薬品名 は省略せず、アルファベットの大文字・小文字の別、スペースの半角・全角の別を含め、
[37] で記入した医薬品名と同一の記載をお願いします。

■ 入力項目説明（印刷枠5ページ目：備考欄・行政への届け出）

備考欄	38	
5 ページ		
5. 行政への届け出		
指定成分等を含む場合		
* 届け出の要否	39	受診した医師による診断:
	○ 否 → ○ 要	40

[38] その他、補足する内容などがあれば備考欄に入力してください。

[39] 届け出の要否について「要」または「否」のいずれか当てはまるものを選択してください。

[40] 受診した医師による診断結果を入力してください。

■ 入力項目説明（印刷枠6ページ目：保健所使用欄）

事業者は印刷枠6ページ目の保健所使用欄については、入力を行いません。

【自治体用】情報提供票について

「【自治体用】情報提供票シート」は、自治体が使用するシートです。

【自治体用】情報提供票シートには、事業者が【事業者用】情報提供票シートに入力した情報が反映されています。

■ 入力項目説明（印刷枠 1 ページ目：報告者情報・指定成分等・症状）

自治体では印刷枠 1 ページ目の入力はいりません。

■ 入力項目説明（印刷枠 2 ページ目：該当する製品情報）

自治体では印刷枠 2 ページ目の入力はいりません。

■ 入力項目説明（印刷枠 3 ページ目：摂取者および摂取状況に関する情報）

自治体では印刷枠 3 ページ目の「個人情報」の削除について、下記のことを行ってください。

このほかの項目については、自治体では印刷枠 3 ページ目の入力はいりません。

3. 摂取者および摂取状況に関する情報	
* 個人情報（氏名・連絡先）について行政への提供を <input type="radio"/> 同意する <input type="radio"/> 同意しない	
※同意が得られない場合は、氏名、連絡先は記入せず、備考欄にその理由を可能な範囲で記入すること。	
氏名	連絡先
A	B
性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/> 不明
年齢	<input type="radio"/> 10歳未満 <input type="radio"/> 10歳代 <input type="radio"/> 20歳代 <input type="radio"/> 30歳代 <input type="radio"/> 40歳代 <input type="radio"/> 50歳代 <input type="radio"/> 60歳代 <input type="radio"/> 70歳代 <input type="radio"/> 80歳代 <input type="radio"/> 90歳代 <input type="radio"/> 100歳以上 <input type="radio"/> 不明
当該製品の入手方法	<input type="checkbox"/> 店頭販売 <input type="checkbox"/> (ネット)通販 <input type="checkbox"/> 訪問販売 <input type="checkbox"/> 個人輸入 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明

個人情報を削除してください
(以下、一度チェックを入れると完全に削除されます)

個人情報（氏名）を削除します

個人情報（連絡先）を削除します

[A] [B] では、個人情報の提供に同意する場合において、個人情報を記入されている場合があります。

その場合、厚生労働省に報告いただく際は、情報提供票から個人情報の記載を削除してください。

個人情報の削除を行う場合、下図の①②のどちらも選択することで、個人情報がこの情報提供票から削除されます。

(※「【事業者用】情報提供票」シートからも入力が削除されます。自治体におかれましては、事業者から届出された情報提供票を保存するなどのご対応をお願いいたします。)

個人情報を削除してください
(以下、一度チェックを入れると完全に削除されます)

1 個人情報（氏名）を削除します

2 個人情報（連絡先）を削除します

■ 入力項目説明（印刷枠 4 ページ目：受診情報）

自治体では印刷枠 4 ページ目の入力はいりません。

■ 入力項目説明（印刷枠 5 ページ目：備考欄・行政への届け出）

自治体では印刷枠 5 ページ目の入力はいりません。

■ 入力項目説明（印刷枠6ページ目：保健所使用欄）

(保健所使用欄)					
症状 ①		詳細(診断名等) ②	重篤度 ③	転帰 ④	
複数選択可	1 A	<input type="checkbox"/> 皮膚症状 <input type="checkbox"/> 消化器症状 <input type="checkbox"/> 肝機能障害 <input type="checkbox"/> 腎機能障害 <input type="checkbox"/> 呼吸器障害 <input type="checkbox"/> 循環器障害 <input type="checkbox"/> 神経障害 <input type="checkbox"/> 血液障害 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明 []	<input type="radio"/> 軽微 <input type="radio"/> 軽度 <input type="radio"/> 中等度 <input type="radio"/> 後遺症 <input type="radio"/> 死亡	<input type="radio"/> 自然治癒 <input type="radio"/> 外来治療で治癒 <input type="radio"/> 入院治療で治癒 <input type="radio"/> 未回復 <input type="radio"/> 不明 []
	2 B	<input type="checkbox"/> 皮膚症状 <input type="checkbox"/> 消化器症状 <input type="checkbox"/> 肝機能障害 <input type="checkbox"/> 腎機能障害 <input type="checkbox"/> 呼吸器障害 <input type="checkbox"/> 循環器障害 <input type="checkbox"/> 神経障害 <input type="checkbox"/> 血液障害 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明 []	<input type="radio"/> 軽微 <input type="radio"/> 軽度 <input type="radio"/> 中等度 <input type="radio"/> 後遺症 <input type="radio"/> 死亡	<input type="radio"/> 自然治癒 <input type="radio"/> 外来治療で治癒 <input type="radio"/> 入院治療で治癒 <input type="radio"/> 未回復 <input type="radio"/> 不明 []
都道府県知事等が法第8条第2項に基づき、厚生労働省医薬・生活衛生局食品基準審査課新開発食品保健対策室へ報告する際に使用する情報提供票の保健所使用欄の重篤度の記載については、次の①から⑤までを参考に記入すること。 ①軽 微: 摂取者が、医療機関を受診していない場合 ②軽 度: 摂取者が、医療機関において外来治療を要した場合 ③中等度: 摂取者が、医療機関において入院治療を受け、治癒した場合 ④後遺症: 摂取者が、医療機関において入院治療を受けた後、完治せず、機能障害が残存した場合 ⑤死 亡: 摂取者が、死亡した場合					
その他特記事項 []					

- [1] 症状について選択肢の中から当てはまる項目にチェックを入れてください。
- [2] [1] で選択した症状の詳細について記入してください。不明の場合は「不明」にチェックを入れてください。不明に対して補足すべき内容がある場合は、「不明」の下の入力欄へ記入してください。また、不明についての入力欄に記入した場合は、「不明」にチェックが入っていることを確認してください。
- [3] 重篤度について当てはまる項目を選択してください。
- [4] 転帰について当てはまる項目を選択してください。また、補足すべき内容がある場合は、入力欄に入力してください。
- [5] その他特記すべき事項がある場合は「その他特記事項」の欄に入力してください。

【厚労省提出用】情報提供票について

「【厚労省提出用】情報提供票シート」は、自治体から厚生労働省に報告いただくシートです。
なお、【事業者用】及び【自治体用】のシートを削除せずに提出ください。