

健康食品との関連が疑われる健康被害情報提供票 記載要領

- ・チェック項目が○となっている選択肢は1つのみ選択可能です。
- ・チェック項目が□となっている選択肢は複数選択が可能ですので、該当する選択肢を全て選択してください。
- ・不明な場合は「不明」にチェック（■／●）してください。
- ・英数字は半角で入力してください。
- ・文字数制限により、最後まで入力できない項目については、項目部分へは「備考欄に記載」と記入した上で、【6. その他】の備考欄（65）にその項目名と内容を入力してください。
- ・添付ファイル名や添付資料に個人情報（氏名・連絡先）が含まれる場合は、必ずマスキングして提出してください。【2. 摂取者および摂取状況に関する情報】の氏名欄及び連絡先欄に入力された情報は、食品衛生申請等システムにより都道府県等が厚生労働省に報告する際には、自動でマスキングされる仕様になっています。

【届出者情報】

①～⑤の項目は、「食品衛生申請等システム」にログインすると登録されたアカウント情報から自動入力されます（ファイルアップロードを行った場合、Excel ファイルの記載内容は反映されません。）。②の担当者名はシステム上で変更が可能です。

自治体が情報提供者から情報を直接受け付けた場合には、①～④の項目は空欄としてください。

- ① 報告者の会社名を記載してください。
- ② 報告者の担当者の氏名を記載してください。
- ③ 報告者の所在地を記載してください。法人の場合は、主たる事務所の所在地を記載してください。
- ④ 報告者の電話番号を記載してください。
- ⑤ 記載不要です。
- ⑥ 情報提供者から最初に情報を受け付けた日付を記載してください。
- ⑦ 当該情報の情報提供者を選択してください。

【基本情報】

- ⑧ 報告する製品が該当する健康食品にチェック（●）してください。
なお、特定保健用食品の場合は、その許可番号を、機能性表示食品の場合は、その届出番号をあわせて記載してください。
- ⑨ 報告する製品が、食品衛生法第8条に基づく指定成分等含有食品に該当するかチェック（●）してください。
該当する場合には、含有する指定成分等をチェック（■）してください。
- ⑩ 食品衛生法施行規則別表第17の第9のハに基づく情報の提供（義務対象）に該当するかチェック（●）してください。
該当する場合には、その条件についてチェック（■／●）してください。
なお、情報提供の義務の対象に該当する場合のうち、概ね30日以内に同じ所見の症例が複数発生している場合で、同じ所見の症例を既に提出している場合には、1例目を食品衛生申請等システムで届け出た際に付与された整理番号を記載してください。

また、情報提供の義務の対象に該当する場合には、健康被害を診断した医療機関名を知った日付を記載してください。

※情報提供期限は、医療機関名を知った日を起算点として15日以内となります。

- ⑪ ⑨で「はい」を選択した場合、指定成分等及び管理成分の名称とその成分の1日摂取目安量を記載してください。
- ⑫ ⑧で特定保健用食品又は機能性表示食品を選択した場合、関与成分又は機能性関与成分の名称とその成分の1日摂取目安量を記載してください。関与成分等が6つ以上ある場合は、「その他」欄に記載してください。

※⑪⑫の「1日摂取目安量」欄は、最終製品の摂取目安量ではなく成分の摂取目安量を記載してください。

【1. 該当する製品情報】

報告する製品が生鮮食品の場合は、⑮～⑳の記載をしなくてもかまいません。

- ⑬ 報告する製品の製品名を記載してください。
- ⑭ 報告する製品の製品形状をチェック（●）してください。
なお、通常の清涼飲料水様の製品については、「液剤」を選択するのではなく、「その他の加工食品」を選択した上で括弧内に詳細を記載してください。
- ⑮ 製品の原材料名を当該製品の容器包装に表示されている順に全て記載してください。
原材料と添加物との間には「／（スラッシュ）」を入れて記載してください。
- ⑯ 製造者の名称を記載してください。
- ⑰ 製造者の所在地を記載してください。
- ⑱ 製造者の電話番号を記載してください。
- ⑲ 販売者の名称を記載してください。⑯と同じ場合は「製造者に同じ」を選択してください。
- ⑳ 販売者の所在地を記載してください。⑰と同じ場合は「製造者に同じ」を選択してください。
- ㉑ 販売者の電話番号を記載してください。⑱と同じ場合は「製造者に同じ」を選択してください。
- ㉒ 製造所（又は加工所）の名称を記載してください。
- ㉓ 製造所（又は加工所）の所在地を記載してください。
- ㉔ 製造所（又は加工所）の電話番号を記載してください。

※製造者、販売者、製造所のうち該当しない項目がある場合は、名称及び所在地の欄に「—」と記載し、電話番号は空欄としてください。

- ㉕ 情報提供者が摂取していた製品のロット番号を記載してください。不明な場合は、不明にチェック（●）し、その理由を記載してください。
- ㉖ 報告する製品の1日当たり摂取目安量を記載してください。
- ㉗ 情報提供者から聞き取った購入日を記載してください。
- ㉘ 「▼選択▼」から「消費期限」又は「賞味期限」を選択した上で、期限の年月日を記載してください。期限が年月表示の場合や詳細な年月日が不明な場合、期限表示を省略できる製品の場合、摂取者が複数ロット摂取している等の場合には、「その他」に詳細を記載してください。
- ㉙ 事業者で把握している販売数や販売期間を記載してください。販売数には、その単位も記載してください。

- ③⑩ 事業者で把握している類似の健康被害情報の有無についてチェック（●）してください。
類似例がある場合には、その詳細（内容や件数等）を記載してください。

【2. 摂取者および摂取状況に関する情報】

- ③⑪ 個人情報（氏名・連絡先）の行政への提供について同意の有無をチェック（●）してください。
- ③⑫ 同意が得られた場合、摂取者の氏名を記載してください。
- ③⑬ 同意が得られた場合、摂取者の連絡先（住所・電話番号等）を記載してください。
- ③⑭ 摂取者の性別をチェック（●）してください。
- ③⑮ 摂取者の年齢を記載し、「歳」を選択してください（例：65 歳）。具体的な年齢が不明で年代のみ確認可能な場合は、年代を記載し、「歳代」を選択してください（例：60 歳代）。なお、摂取者が 10 歳未満の場合は、可能な限り年齢で記載してください。（難しい場合には 0 歳代を選択してください。）
- ③⑯ 当該製品の入手方法をチェック（■）してください。選択肢に当てはまるものがない場合は、「その他」にチェック（■）し、括弧内にその詳細を記載してください。
- ③⑰ 摂取していた製品が残っているかチェック（●）してください。
- ③⑱ 摂取者の当該製品の摂取目的を記載してください。
- ③⑲ 摂取者の症状・主訴をチェック（■）してください。その他の記載事項の有無については必ずチェック（●）してください。
- ④⑩ 周囲（家族、友人など）に同じ商品名の製品（ロット違いを含む。）を摂取し、同様の症状を発症している方がいるかチェック（●）してください。
- ④⑪ 摂取者が摂取を開始した日を記載してください。詳細の日付が不明な場合は、「その他」の括弧内に記載してください（例：○年○月上旬頃）。
- ④⑫ 摂取者が摂取を中止した日を記載してください。詳細の日付が不明な場合は、「その他」の括弧内に記載してください。
- ④⑬ 症状が発現した日を記載してください。年月日が判明している場合には、日付の形式で入力し、摂取後の時間経過が聞き取れている場合には、摂取後（約）以降に数字を記載した上で、「▼選択▼」から単位（「時間」又は「日」）を選択してください。詳細の日付や摂取後の時間経過が不明な場合（○月上旬など）には、「その他」の括弧内に記載してください。
- ④⑭ 症状が発現した後の摂取の状況をチェック（■）してください。
摂取状況の変化に伴う症状の変化についてチェック（●）やその詳細を記載してください。
複数の選択肢をチェック（■）した場合には、その時系列について、【6. その他】の備考欄（⑥⑤）に記載してください。
- ④⑮ 摂取者の 1 日摂取量をチェック（■）してください。
製品の容器包装に表示されている摂取目安量と異なる場合には、詳細を括弧内に記載してください。
- ④⑯ 摂取者の基礎疾患や既往歴の有無をチェック（●）してください。
基礎疾患や既往歴がある場合には、その詳細をチェック（■）し、必要に応じて病名を記載してください。
- ④⑰ 摂取者のアレルギーの有無をチェック（●）してください。
アレルギーがある場合には、その詳細をチェック（■）し、種類について括弧内に記載してください。

- ④⑧ ③④で「女」を選択した場合、製品摂取時期に摂取者が妊娠していたかチェック（●）してください。
- ④⑨ ③④で「女」を選択した場合、製品摂取時期に摂取者が授乳期間中であったかチェック（●）してください。
- ⑤⑩ 併用医薬品の有無をチェック（●）してください。
併用医薬品がある場合はその詳細を記載してください。「あり」を選択した場合であって詳細が不明な項目がある場合には、その項目に「不明」と記載してください。
- ⑤⑪ 併用健康食品の有無をチェック（●）してください。
併用健康食品がある場合は、その詳細を記載してください。「あり」を選択した場合であって詳細が不明な項目がある場合には、その項目に「不明」と記載してください。

【3. 受診情報】

- ⑤⑫ 医療機関の受診の有無をチェック（●）してください。
- ⑤⑬ 今回の症状のために受診した医療機関の名称・診療科、所在地、受診日、受診理由を記載してください。3つ以上の医療機関を受診した場合には、3つ目からの医療機関情報について、【6. その他】の備考欄（⑥⑤）に記載してください。
- ⑤⑭ 今回の症状のために受診した医療機関ではない、かかりつけ病院の名称・診療科、所在地を記載してください。
- ⑤⑮ 該当する重篤度をチェック（●）してください。
- ⑤⑯ 該当する転帰をチェック（●）してください。
- ※⑤⑮及び⑤⑯は、医師への聞き取りがない場合であっても摂取者からの情報を基にチェック（●）してください。

【4. 医師の診断結果】

- 【3. 受診情報】の⑤⑫において、医療機関受診が「なし」又は「不明」の場合、入力しなくてもかまいません。
- ⑤⑰ 医師への聞き取りの有無をチェック（●）してください。
聞き取りがある場合には、聞き取った医療機関の情報や日付を記載してください。
- ⑤⑱ ⑤⑰で「あり」を選択した場合、今回の症状について該当する項目をチェック（■）し、その詳細（診断名等）を記載してください。
- ⑤⑲ 臨床検査の実施の有無をチェック（●）してください。
臨床検査を実施している場合には、その臨床検査の結果から判断できる異常の有無をチェック（●）してください。
- ⑥⑰ ⑤⑲で「あり」を選択した場合、異常の有無にかかわらずその詳細を記載してください。
臨床検査値の異常等の詳細の他、DLST やパッチテスト等の検査結果がある場合も記載してください。（ファイルを添付する場合には、「別添参照」と記載してください。）
- ⑥⑱ ⑤⑲で「あり」を選択した場合、関連する状態・症状、検査値等の推移、診断の根拠、治療・処置等を経時的に記載してください。（内容をまとめたファイルを添付する場合には、記載を省略することが可能です。）
- ⑥⑲ ⑤⑲で「あり」を選択した場合、聞き取った医師の意見等を記載してください。

【5. 届出状況】

- ⑥⑲ 情報提供者が報告者以外へ報告をしているかチェック（●）してください。

⑥④ ⑥③で「あり」を選択した場合は、報告先をチェック（■）し、括弧内に記載してください。

【6. その他】

⑥⑤ 特記すべきであるが該当箇所がなく記載できなかった事項や該当箇所には記載できなかった情報について、記載してください。

⑥⑥ 添付資料の有無についてチェック（●）してください。

【7. 添付ファイル】

⑥⑦及び⑥⑧は、ファイル添付等を行う際にシステム上で入力が必要となりますので Excel ファイルへの記載は不要です。（ファイルアップロードを行った場合、Excel ファイルの記載内容は反映されません。）

健康食品との関連が疑われる健康被害情報提供票

Ver. 2025100101

整理番号: 入力不要

会社名	1	150文字	都道府県名 (保健所名)	5	40文字
担当者名	2	129文字	※事業者が情報提供者への聞き取りに当たって使用する場合は記載不要		
所在地	3	500文字			
電話番号	4	13文字	情報受付日	6	日付形式
情報提供者	7	☐ 摂取者本人 ☐ 摂取者の家族等 ☐ 医療機関 ☐ その他 (40文字)			

○:1つのみ選択 □:複数選択可

該当する健康食品にチェックしてください					8
☐	特定保健用食品	許可番号	30文字	☐	不明
☐	機能性表示食品	届出番号	30文字	☐	不明
☐	栄養機能食品				
☐	その他のいわゆる「健康食品」				

食品衛生法第8条に基づく指定成分等含有食品に該当するか	☐ はい ☐ いいえ				
	☐ はいの場合:				
	☐ コレウス・フォルスコリー ☐ ドオウレン ☐ プエラリア・ミリフィカ ☐ ブラックコホシュ				
	☐ はい ☐ いいえ				
	☐ はいの場合:				
食品衛生法施行規則別表第17の第9の1に基づく情報の提供(義務対象)に該当するか	☐ 重篤事例				
	☐ 概ね30日以内に同じ所見の症例が複数発生している				
	☐ 概ね30日以内に同じ所見の症例が複数発生している場合:				
	☐ この健康被害情報提供票が1例目である。(同日に複数の情報提供をする場合の1件目の提出)				
	☐ 同じ所見の症例の健康被害情報提供票を既に提出している。				
1例目の症例を提出した際の整理番号		12文字		☐	整理番号不明
健康被害を診断した医療機関名を知った日		日付形式		☐ 情報受付日に同じ	

指定成分等含有である場合	指定成分等及び管理成分の1日摂取目安量			
		成分等の名称	1日摂取目安量(μg/mg/g)	
	1	20文字	20文字	☐ 不明
	2	20文字	20文字	
	3	20文字	20文字	
	4	20文字	20文字	
	5	20文字	20文字	

以下のいずれかの健康食品である場合 ・特定保健用食品 ・機能性表示食品	関与成分等の1日摂取目安量			
		関与成分等名	1日摂取目安量(μg/mg/g/個)	
	1	60文字	15文字	☐ 不明
	2	60文字	15文字	
	3	60文字	15文字	
	4	60文字	15文字	
	5	60文字	15文字	
その他	65文字	65文字		

1. 該当する製品情報

製品名	13 50文字			
製品形状	☐ 錠剤 ☐ カプセル ☐ 液剤 ☐ 粉末・顆粒 ☐ グミ			
	☐ その他の加工食品 (35文字) ☐ 生鮮食品 ☐ 不明			
原材料名 (表示順に全て記入) ※「7. 添付ファイル」に製品画像を添付することで記載省略可	15 1000文字			☐ 不明
製造者名	16 150文字			☐ 不明
製造者所在地	17 500文字			☐ 不明
製造者電話番号	18 13文字			☐ 不明
販売者名	19 150文字	☐ 製造者に同じ		☐ 不明
販売者所在地	20 500文字	☐ 製造者に同じ		☐ 不明
販売者電話番号	21 13文字	☐ 製造者に同じ		☐ 不明
製造所名	22 150文字	☐ 製造者に同じ		☐ 不明
製造所所在地	23 500文字	☐ 製造者に同じ		☐ 不明
製造所電話番号	24 13文字	☐ 製造者に同じ		☐ 不明
ロット番号	25 50文字 ☐ 不明 (理由: 40文字)			
製品の1日当たり摂取目安量	26 40文字			☐ 不明
購入日	日付形式 27 その他 (15文字) ☐ 不明	▼選択▼ 消費/賞味期限 28 その他 (15文字) ☐ 不明		
当該製品の販売数	☐ 累計の販売数 (40文字) 販売期間 (20文字) ~ (20文字) ☐ 同ロットの販売数 (40文字) 販売期間 (20文字) ~ (20文字) ☐ 不明			
類似例の情報提供	☐ あり ☐ なし ☐ 不明			
	ある場合その詳細: 30 235文字			

個人情報(氏名・連絡先)について行政への提供を		31	☐ 同意する	☐ 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、「6. その他」の備考欄にその理由を可能な範囲で記入すること。										
氏名	32	150文字	連絡先 (住所・電話番号等)	33 100文字						
性別	34	☐ 男	☐ 女	☐ その他・不明						
年齢	35	3文字	▼選択▼	☐ 不明						
当該製品の入手方法	36	☐ 店頭販売	☐ (ネット)通販	☐ メーカー直販の(ネット)通販	☐ 訪問販売	☐ 個人輸入	☐ その他()	☐ 不明		
当該製品の有無 (摂取した製品が残っているかどうか)	37	☐ あり(摂取者の手元)	☐ あり(事業者へ返品)	☐ なし	☐ 不明					
摂取目的	38	40文字			☐ 不明					
症状・主訴	39	☐ 食欲不振			☐ 吐気・悪心	☐ 嘔吐	☐ 下痢	☐ 黄疸		
		☐ 腹痛	☐ 頭痛	☐ その他の体の痛み(部位:)	☐ 倦怠感	☐ めまい・ふらつき	☐ 動悸	☐ 息切れ・呼吸困難		
		☐ けいれん・失神	☐ かゆみ・発疹	☐ 手足の浮腫	☐ 発熱	☐ 尿の回数・量の減少	☐ 月経不順	☐ 不正性器出血	☐ 頻尿	☐ 自覚症状なし
		その他(上記以外の症状、健診・受診時の臨床検査値の異常、症状経過等)			☐ あり	☐ なし	具体的な内容: ()			
		295文字								
同症状の方の有無	40	周囲(家族、友人など)に同じ製品の摂取により同様の症状の方がいるか			☐ いる	☐ いない	☐ 同じ製品を摂取している人がいない	☐ 不明		
摂取開始日	41	日付形式	その他()	15文字	摂取中	42	日付形式	その他()	15文字	☐ 不明
症状発現日 (自覚症状なしの場合 検査日)	43	日付形式	または	摂取後(約) 4文字	▼選択▼	その他()			35文字	☐ 不明
症状発現後の摂取状況・症状	44	☐ 中止	→	中止後に症状改善:	☐ あり	☐ なし	☐ 不明			
		☐ 中止後再使用	→	再摂取で症状再発:	☐ あり	☐ なし	☐ 不明			
				再摂取日	日付形式	その他()	10文字	☐ 不明		
				再発日	日付形式	その他()	10文字	☐ 不明		
		* 再摂取で症状再発「あり」の場合、その症状の詳細を記載してください。			()			40文字		
		☐ 摂取量 減量	→	減量後に症状改善:	☐ あり	☐ なし	☐ 不明			
		☐ 摂取量 増量	→	増量後に症状悪化:	☐ あり	☐ なし	☐ 不明			
		* 増量後に症状悪化「あり」の場合、その症状の詳細を記載してください。			()			40文字		
		☐ 継続	→	継続後の症状の変化:	☐ あり	☐ なし	☐ 不明			
		* 症状の変化「あり」の場合、その詳細を記載してください。			()			40文字		
		☐ 不明								

1日摂取量	45	☐ 製品に表示されている摂取目安量のとおり ☐ 摂取目安量より少量（具体的に: 40文字） ☐ 過量（具体的に: 40文字） ☐ その他（具体的に: 40文字） ☐ 不明																																																																		
	基礎疾患・既往	46	☐ あり ☐ なし ☐ 不明 ありの場合: ☐ 高血圧症 ☐ 糖尿病 ☐ 脂質異常症 ☐ 胃腸疾患 ☐ 腎臓病 ☐ 肝臓病 ☐ 心臓病(高血圧症を除く) ☐ 呼吸器疾患 ☐ 血液疾患 ☐ 膠原病・自己免疫疾患 ☐ がん(部位: 20文字) ☐ その他及び上記選択肢の詳細情報: 病名を下記に記載して下さい。																																																																	
		1	45文字																																																																	
		2	45文字																																																																	
		3	45文字																																																																	
4		45文字																																																																		
5		45文字																																																																		
アレルギーの有無	47	☐ あり ☐ なし ☐ 不明 ありの場合: ☐ 薬アレルギー(薬の種類: 40文字) ☐ 食物アレルギー(食品の種類: 40文字) ☐ 接触アレルギー(アレルギー源: 40文字) ☐ 季節性アレルギー/花粉症等(アレルギー源: 40文字) ☐ その他 (40文字)																																																																		
	妊娠の有無	48	☐ あり ☐ なし ☐ 不明 ※女性の場合のみ選択してください																																																																	
	授乳の有無	49	☐ あり ☐ なし ☐ 不明 ※女性の場合のみ選択してください																																																																	
	併用している医薬品	50	☐ あり ☐ なし ☐ 不明																																																																	
	ある場合	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>医薬品名</th> <th>使用目的</th> <th>使用開始日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>40文字</td><td>20文字</td><td>20文字</td></tr> <tr><td>2</td><td>40文字</td><td>20文字</td><td>20文字</td></tr> <tr><td>3</td><td>40文字</td><td>20文字</td><td>20文字</td></tr> <tr><td>4</td><td>40文字</td><td>20文字</td><td>20文字</td></tr> <tr><td>5</td><td>40文字</td><td>20文字</td><td>20文字</td></tr> <tr><td>6</td><td>40文字</td><td>20文字</td><td>20文字</td></tr> <tr><td>7</td><td>40文字</td><td>20文字</td><td>20文字</td></tr> <tr><td>8</td><td>40文字</td><td>20文字</td><td>20文字</td></tr> <tr><td>9</td><td>40文字</td><td>20文字</td><td>20文字</td></tr> <tr><td>10</td><td>40文字</td><td>20文字</td><td>20文字</td></tr> <tr><td>11</td><td>40文字</td><td>20文字</td><td>20文字</td></tr> <tr><td>12</td><td>40文字</td><td>20文字</td><td>20文字</td></tr> <tr><td>13</td><td>40文字</td><td>20文字</td><td>20文字</td></tr> <tr><td>14</td><td>40文字</td><td>20文字</td><td>20文字</td></tr> <tr><td>15</td><td>40文字</td><td>20文字</td><td>20文字</td></tr> </tbody> </table>					医薬品名	使用目的	使用開始日	1	40文字	20文字	20文字	2	40文字	20文字	20文字	3	40文字	20文字	20文字	4	40文字	20文字	20文字	5	40文字	20文字	20文字	6	40文字	20文字	20文字	7	40文字	20文字	20文字	8	40文字	20文字	20文字	9	40文字	20文字	20文字	10	40文字	20文字	20文字	11	40文字	20文字	20文字	12	40文字	20文字	20文字	13	40文字	20文字	20文字	14	40文字	20文字	20文字	15	40文字	20文字
		医薬品名	使用目的	使用開始日																																																																
1		40文字	20文字	20文字																																																																
2		40文字	20文字	20文字																																																																
3		40文字	20文字	20文字																																																																
4		40文字	20文字	20文字																																																																
5		40文字	20文字	20文字																																																																
6		40文字	20文字	20文字																																																																
7		40文字	20文字	20文字																																																																
8		40文字	20文字	20文字																																																																
9		40文字	20文字	20文字																																																																
10		40文字	20文字	20文字																																																																
11		40文字	20文字	20文字																																																																
12		40文字	20文字	20文字																																																																
13		40文字	20文字	20文字																																																																
14	40文字	20文字	20文字																																																																	
15	40文字	20文字	20文字																																																																	

併用している他健康食品					51	☐ あり	☐ なし	☐ 不明
ある場合		製品名	製造者名等	摂取目的	摂取開始日			
	1	40文字	20文字	20文字	20文字			
	2	40文字	20文字	20文字	20文字			
	3	40文字	20文字	20文字	20文字			
	4	40文字	20文字	20文字	20文字			
	5	40文字	20文字	20文字	20文字			
	6	40文字	20文字	20文字	20文字			
	7	40文字	20文字	20文字	20文字			
	8	40文字	20文字	20文字	20文字			
	9	40文字	20文字	20文字	20文字			
	10	40文字	20文字	20文字	20文字			

3. 受診情報

医療機関受診					52	☐ あり	☐ なし	☐ 不明		
* 今回の症状のために受診した医療機関 (3つ以上ある場合「6. その他」の備考欄に記載)	医療機関名・診療科:				40文字	☐ 不明				
	所在地:				40文字	☐ 不明				
	受診日:				40文字	☐ 不明				
	受診理由:				40文字	☐ 不明				
	医療機関名・診療科:				40文字	☐ 不明				
その他の医療機関 (かかりつけ病院)	医療機関名・診療科:				40文字	☐ 不明				
	所在地:				40文字	☐ 不明				
	受診日:				40文字	☐ 不明				
	受診理由:				40文字	☐ 不明				
	医療機関名・診療科:				40文字	☐ 不明				
所在地:				40文字	☐ 不明					
重篤度					55	☐ 軽微	☐ 軽度	☐ 中等度以上	☐ 死亡	☐ 不明
重篤度の記載については、次の①から④までを参考に記入すること。ただし、入院治療を受けた場合であって、医師が重篤ではないと判断した症例は、②として取り扱い、一方で、入院治療を受けていない場合であって、医師が重篤と判断した症例は、③として扱う。 ①軽 微: 摂取者が、医療機関を受診していない場合又は医療機関を受診したが治療を受けなかった場合 ②軽 度: 摂取者が、医療機関において外来治療を受けた場合(入院治療を受けた場合を除く) ③中等度以上: 摂取者が、医療機関において入院治療を受けた場合 ④死 亡: 摂取者が、死亡した場合										
転帰					56	☐ 自然治癒	☐ 外来治療で治癒	☐ 入院治療で治癒	☐ 未回復	☐ 不明

4. 医師の診断結果

		☐ あり ☐ なし(理由: 70文字)	
医師への聞き取り 57		聞き取りの場合:	
		聞き取り日	日付形式 医療機関情報 279文字
聞き取りがある場合 (複数選択可)	58 症状		詳細(診断名等)
	□ 皮膚症状 □ 消化器症状 □ 肝機能障害 □ 腎機能障害 □ 呼吸器障害 □ 循環器障害 □ 神経障害 □ 血液障害 □ その他		535文字
	□ 皮膚症状 □ 消化器症状 □ 肝機能障害 □ 腎機能障害 □ 呼吸器障害 □ 循環器障害 □ 神経障害 □ 血液障害 □ その他		535文字
臨床検査実施の有無 59		☐ あり ☐ なし ☐ 不明	
		☐ 異常あり ☐ 異常なし ☐ 不明	
検査ありの場合 その詳細 (臨床検査値の異常の DLST等の検査結果がある 場合も記載ください) 60		400文字	
健康被害の症状の発現及び処置後の経過 61			
20文字		50文字	
20文字		50文字	
20文字		50文字	
20文字		50文字	
20文字		50文字	
20文字		50文字	
20文字		50文字	
20文字		50文字	
20文字		50文字	
20文字		50文字	
20文字		50文字	
		* 健康食品との関連が疑われる健康被害について、関連する状態・症状、検査値等の推移、診断の根拠、治療・処置等を経時的に記載してください。	
医師の意見等 62			
730文字			

5. 届出状況

情報提供者が報告者以外へ報告しているか	63	☐ あり	☐ なし	☐ 不明
ある場合その報告内容	64	☐ 事業者(販売者、製造者等) (事業者名: 40文字)	)	
		☐ 自治体(自治体名: 40文字)	)	
		☐ その他(40文字)	)	

6. その他

備考欄 (消費/賞味期限切れ、保存状態の不備等に関する補足情報や、本様式に該当箇所がないものの特記すべきが望ましいと判断される情報等(詳細な症状経過等、死因(死亡事例の合)、医薬品成分等の分析結果(※)等)あれば、こちらに記載してください) ※「7. 添付ファイル」に資料を添付することで記載省略可	65	1410文字
添付資料の有無 66 ☐ あり ☐ なし		

7. 添付ファイル 67

原材料名・含有量・配合量	入力不要
その他添付資料①	入力不要
その他添付資料②	入力不要
その他添付資料③	入力不要
その他添付資料④	入力不要
その他添付資料⑤	入力不要

注1) 事業者におかれては、情報収集している主治医に対して、保健所から血液検査結果、カルテ、退院サマリー等の医療情報の提供依頼が来る可能性があることとお伝えいただくと幸いです。
注2) 都道府県等(保健所)におかれては、摂取者の了承のもと医療機関から医療情報を入手された場合は、氏名・連絡先をマスキングしたうえで当該データを添付いただくと幸いです。

<行政コメント・資料欄> 68

入力不要

更新履歴

変更日	変更箇所
2026 年 6 月 4 日	・ 関与成分等名 : 15 文字 → 60 文字に変更 ・ 併用している医薬品名 : 20 文字 → 40 文字に変更 ・ 併用している他の健康食品名 : 20 文字 → 40 文字に変更