

【別紙】事業者が情報提供者への聞き取りにあたって使用する様式（案）

健康食品の摂取に伴う健康被害情報提供票			送付枚数
会社名 (報告者氏名)		都道府県名 (保健所名)	入力不要
所在地			
電話番号 FAX番号		情報受付日	_____年__月__日
情報提供者	<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 (_____)		

* 該当する健康食品にチェックしてください。

- 特定保健用食品 機能性表示食品 栄養機能食品 それ以外の健康食品

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)。

「指定成分等含有食品、機能性表示食品及び特定保健用食品」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。

<p>* 以下のいずれかの健康食品である</p> <ul style="list-style-type: none"> ・指定成分等含有食品 ・機能性表示食品 ・特定保健用食品 	○ はい	* 指定成分又は関与成分等名:	
		* (指定成分等含有食品の場合)指定成分及び管理成分等の1日摂取目安量(μg/mg/g):	
		* (機能性表示食品又は特定保健用食品の場合)1日摂取目安量:	
	○ いいえ(それ以外の健康食品)		
○ 不明			

1. 症状

<p>* 症状・主訴</p>	<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 具体的な訴え: [] <input type="checkbox"/> その他 具体的な項目: (手足の浮腫、動悸・息切れ、体の痛み、めまい・ふらつきなどの症状がある場合はこちらに記載ください。その他気になる症状がある場合も記載ください)
<p>* 症状発現日</p>	_____年__月__日(頃) または 摂取 _____日(頃) その他 (_____) <input type="checkbox"/> 不明

2. 該当する製品情報

* 製品名				<input type="checkbox"/> 不明
* 製品形状	<input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> カプセル <input type="checkbox"/> ドリンク <input type="checkbox"/> 粉末 <input type="checkbox"/> その他 ()			
購入日	_____年__月__日 その他() <input type="checkbox"/> 不明	消費/賞味期限	_____年__月__日 その他() <input type="checkbox"/> 不明	
* ロット番号	<input type="checkbox"/> 不明 (理由:)			
* 原材料名・含有量・配合量 (全て記入)	<input type="checkbox"/> 不明			
1日当たり摂取目安量(mg)	<input type="checkbox"/> 不明			
* (機能性表示食品又は特定保健用食品の場合)届出番号又は許可番号	(機能性表示食品及び特定保健用食品の場合は届出番号又は許可番号を記載ください) <input type="checkbox"/> 不明			
当該製品の有無※ (摂取した製品が手元に残っているかどうか)	※原材料名・含有量等については、別添資料を添付することで記載省略可 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし			

※製品の特定が的確になるよう別添資料として製品に関する画像を添付することが望ましい。

4. 受診情報

* 医療機関受診	○ あり ○ なし ○ 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: _____	受診日: _____
	所在地: _____	
その他の医療機関 (かかりつけ病院)	医療機関名: _____	受診日: _____
	所在地: _____	

妊娠の有無	○ あり ○ なし ○ 不明
--------------	--------------------------

* 併用している医薬品の詳細	○ あり ○ なし ○ 不明
-----------------------	--------------------------

	医薬品名	服用目的
ある場合	①	
	②	
	③	
	④	
	⑤	
	⑥	
	⑦	
	⑧	
	⑨	
	⑩	
	⑪	
	⑫	
	⑬	
	⑭	
	⑮	

備考欄	<p>* 製品の届出者・申請者が当該報告者と異なる場合は以下について記載ください ①製造者(輸入者)名、②①の住所、③①の電話番号、④販売者名、⑤販売者住所、⑥販売者電話番号</p> <p>(当該製品の販売量(販売開始後の累計及び当該製品と同ロット品)、医薬品成分等の分析結果と同様の苦情の有無を調査している場合には、こちらに記載ください)</p> <p>(既往歴、当該製品の摂取目的を記載ください)</p> <p>(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(死亡事例の場合))あれば、こちらに記載してください。)</p>
------------	---

5. 行政への届出状況

* 届け出の状況	<input type="radio"/> 済 → <input type="radio"/> 未済	受診した医師による診断(日付):
-----------------	---	------------------

*** (事業者使用欄)**

		症状	詳細(診断名等)	重篤度	転帰
複数選択可	主な症状	<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"/> 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 []
	その他の症状	<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"/> 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 []
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として取り扱う。					
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					
その他特記事項					
[]					

【別紙】都道府県等（保健所）が健康被害情報を受け付けた際に使用する様式（案）

健康食品の摂取に伴う健康被害情報提供票			送付枚数
会社名 (報告者氏名)		都道府県名 (保健所名)	
所在地			
電話番号 FAX番号		情報受付日	_____年__月__日
情報提供者	<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 (_____)		
<p>* 該当する健康食品にチェックしてください。</p> <input type="checkbox"/> 機能性表示食品 <input type="checkbox"/> 特定保健用食品 <input type="checkbox"/> 栄養機能食品 <input type="checkbox"/> それ以外の健康食品			
<p>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)。 「指定成分等含有食品、機能性表示食品及び特定保健用食品」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。</p>			
<p>* 以下のいずれかの健康食品である</p> <ul style="list-style-type: none"> ・指定成分等含有食品 ・機能性表示食品 ・特定保健用食品 	○ はい	* 指定成分又は関与成分等名:	
		* (指定成分等含有食品の場合)指定成分及び管理成分等の1日摂取目安量(μg/mg/g):	
		* (機能性表示食品又は特定保健用食品の場合)1日摂取目安量:	
	○ いいえ(それ以外の健康食品)		
○ 不明			
<p>1. 症状</p>			
* 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: _____		
* 症状発現日	<input type="checkbox"/> その他 具体的な訴え: (手足の浮腫、動悸・息切れ、体の痛み、めまい・ふらつきなどの症状がある場合はこちらに記載ください。その他気になる症状がある場合も記載ください)		
	_____年__月__日(頃) または 摂取 _____日(頃) その他(_____) <input type="checkbox"/> 不明		

2. 該当する製品情報

* 製品名	<input type="checkbox"/> 不明		
* 製品形状	<input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> カプセル <input type="checkbox"/> ドリンク <input type="checkbox"/> 粉末 <input type="checkbox"/> その他 ()		
購入日	_____年__月__日 その他() <input type="checkbox"/> 不明	消費/賞味期限	_____年__月__日 その他() <input type="checkbox"/> 不明
* ロット番号	<input type="checkbox"/> 不明 (理由:)		
* 原材料名・含有量・配合量 (全て記入)	<input type="checkbox"/> 不明		
1日当たり摂取目安量(mg)	<input type="checkbox"/> 不明		
* (機能性表示食品又は特定保健用食品の場合)届出番号又は許可番号	(機能性表示食品及び特定保健用食品の場合は届出番号又は許可番号を記載ください) <input type="checkbox"/> 不明		
当該製品の有無※ (摂取した製品が手元に残っているかどうか)	※原材料名・含有量等については、別添資料を添付することで記載省略可 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし		

※製品の特定が的確になるよう別添資料として製品に関する画像を添付することが望ましい。

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	
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		
* 使用開始日	_____年__月__日 <input type="checkbox"/> 不明 その他()	* 使用中止日	_____年__月__日 <input type="checkbox"/> 不明 その他()
* 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:)		
* 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	<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			

4. 受診情報

* 医療機関受診	○ あり ○ なし ○ 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:	受診日:
	所在地:	
その他の医療機関 (かかりつけ病院)	医療機関名:	受診日:
	所在地:	

妊娠の有無	○ あり ○ なし ○ 不明	
* 併用している医薬品の詳細	○ あり ○ なし ○ 不明	

	医薬品名	服用目的
ある場合	①	
	②	
	③	
	④	
	⑤	
	⑥	
	⑦	
	⑧	
	⑨	
	⑩	
	⑪	
	⑫	
	⑬	
	⑭	
	⑮	

備考欄	<p>* 製品の届出者・申請者が当該報告者と異なる場合は以下について記載ください ①製造者(輸入者)名、②①の住所、③①の電話番号、④販売者名、⑤販売者住所、⑥販売者電話番号</p> <p>(当該製品の販売量(販売開始後の累計及び当該製品と同ロット品)、医薬品成分等の分析結果と同様の苦情の有無を調査している場合には、こちらに記載ください)</p> <p>(既往歴、当該製品の摂取目的を記載ください)</p> <p>(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(死亡事例の場合))あれば、こちらに記載してください。)</p>
------------	---

5. 営業者等への届出状況

* 届け出の状況	<input type="radio"/> 済 → <input type="radio"/> 未済	受診した医師による診断(日付):
-----------------	---	------------------

* (保健所使用欄)

		症状	詳細(診断名等)	重篤度	転帰
複数選択可	主な症状	<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"/> 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 []
	その他の症状	<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"/> 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 []
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として取り扱う。					
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					
その他特記事項					
(受診した医師による診断を記載ください)					

【別紙】都道府県等（保健所）が厚生労働省への報告用に使用する様式（案）

健康食品の摂取に伴う健康被害情報提供票			送付枚数
会社名 (報告者氏名)		都道府県名 (保健所名)	
所在地			
電話番号 FAX番号		情報受付日	_____年__月__日
情報提供者	<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 (_____)		

* 該当する健康食品にチェックしてください。

機能性表示食品 特定保健用食品 栄養機能食品 それ以外の健康食品

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)。
 「指定成分等含有食品、機能性表示食品及び特定保健用食品」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。

* 以下のいずれかの健康食品である ・指定成分等含有食品 ・機能性表示食品 ・特定保健用食品	○ はい	* 指定成分又は関与成分等名:	
		* (指定成分等含有食品の場合)指定成分及び管理成分等の1日摂取目安量(μg/mg/g):	
		* (機能性表示食品又は特定保健用食品の場合)1日摂取目安量:	
	○ いいえ(それ以外の健康食品)		
○ 不明			

1. 症状

* 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: _____
	<input type="checkbox"/> その他 具体的な訴え: (手足の浮腫、動悸・息切れ、体の痛み、めまい・ふらつきなどの症状がある場合はこちらに記載ください。その他気になる症状がある場合も記載ください)
* 症状発現日	_____年__月__日(頃) または 摂取 _____日(頃) その他 (_____) <input type="checkbox"/> 不明

2. 該当する製品情報

* 製品名				<input type="checkbox"/> 不明
* 製品形状	<input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> カプセル <input type="checkbox"/> ドリンク <input type="checkbox"/> 粉末 <input type="checkbox"/> その他 ()			
購入日	_____年 __月 __日 その他() <input type="checkbox"/> 不明	消費/賞味期限	_____年 __月 __日 その他() <input type="checkbox"/> 不明	
* ロット番号	<input type="checkbox"/> 不明 (理由:)			
* 原材料名・含有量・配合量 (全て記入)	<input type="checkbox"/> 不明			
1日当たり摂取目安量(mg)	<input type="checkbox"/> 不明			
* (機能性表示食品又は特定保健用食品の場合)届出番号又は許可番号	(機能性表示食品及び特定保健用食品の場合は届出番号又は許可番号を記載ください) <input type="checkbox"/> 不明			
当該製品の有無※ (摂取した製品が手元に残っているかどうか)	※原材料名・含有量等については、別添資料を添付することで記載省略可 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし			

※製品の特定が的確になるよう別添資料として製品に関する画像を添付することが望ましい。

4. 受診情報

* 医療機関受診	○ あり ○ なし ○ 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: _____ 受診日: _____ 所在地: _____
	医療機関名: _____ 受診日: _____ 所在地: _____
その他の医療機関 (かかりつけ病院)	医療機関名: _____ 受診日: _____ 所在地: _____

妊娠の有無	○ あり ○ なし ○ 不明
--------------	----------------------

* 併用している医薬品の詳細	○ あり ○ なし ○ 不明
-----------------------	----------------------

	医薬品名	服用目的
ある場合	①	
	②	
	③	
	④	
	⑤	
	⑥	
	⑦	
	⑧	
	⑨	
	⑩	
	⑪	
	⑫	
	⑬	
	⑭	
	⑮	

備考欄	<p>* 製品の届出者・申請者が当該報告者と異なる場合は以下について記載ください ①製造者(輸入者)名、②①の住所、③①の電話番号、④販売者名、⑤販売者住所、⑥販売者電話番号</p> <p>(当該製品の販売量(販売開始後の累計及び当該製品と同ロット品)、医薬品成分等の分析結果と同様の苦情の有無を調査している場合には、こちらに記載ください)</p> <p>(既往歴、当該製品の摂取目的を記載ください)</p> <p>(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(死亡事例の場合))あれば、こちらに記載してください。)</p>
------------	---

5. 行政及び営業者等への届出状況

* 届け出の状況	<input type="radio"/> 済 → <input type="radio"/> 未済	受診した医師による診断(日付):
-----------------	---	------------------

*** (事業者・保健所使用欄)**

		症状	詳細(診断名等)	重篤度	転帰
複数選択可	主な症状	<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"/> 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 []
	その他の症状	<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"/> 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 []
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として取り扱う。					
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					
その他特記事項					
(受診した医師による診断を記載ください)					