

年 月 日

明石市長 様

指定成分等含有食品に係る健康被害情報届

食品衛生法第8条の2の規定により、次のとおり届出します。

届出者情報	郵便番号：	電話番号：	FAX 番号：		
	電子メールアドレス：				
	住所※法人にあつては、主たる事務所の所在地				
	(ふりがな)				
	氏名※法人にあつては、その名称及び代表者の氏名				
届出者の区分 <input type="checkbox"/> 製造者 <input type="checkbox"/> 加工者 <input type="checkbox"/> 輸入者 <input type="checkbox"/> 表示責任者					
情報の探知日	年 月 日				
情報の区分	<input type="checkbox"/> 健康被害発生 <input type="checkbox"/> 健康被害発生のおそれ				
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 ()				
該当する製品情報	製品名				
	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()			
	含有する指定成分等	指定成分等名			<input type="checkbox"/> 含有なし <input type="checkbox"/> 不明
		含有量	(μg/mg/g)		
		1日摂取目安量	(μg/mg/g)	管理成分の1日摂取目安量	(μg/mg/g)
	購入日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 不明	消費/賞味期限	年 月 日 <input type="checkbox"/> 不明	
	ロット番号	<input type="checkbox"/> 不明 (理由：)			
	原材料名・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			
	食品の種類	<input type="checkbox"/> 保健機能食品 <input type="checkbox"/> 特定保健用食品 <input type="checkbox"/> 機能性表示食品 <input type="checkbox"/> 栄養機能食品 <input type="checkbox"/> その他			
※機能性表示食品の場合機能性関与成分 (エキス等の場合は指標成分) 及びその含有量	<input type="checkbox"/> 不明				
別添資料 (画像等)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
担当者	(ふりがな)	電話番号			

様式第1号（第3条関係）

【健康被害を受けた者に関する情報】※次に該当する場合は、下表の記載を要しません。

- 当該食品が人の健康に被害を生じさせるおそれがある場合の届出
- 健康被害を受けた者がその情報の提供を拒否しているとき
- その他の事情により、当該者の情報を得ることが困難なとき

氏名	(ふりがな)		生年月日			
			年	月	日	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不明		妊娠の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		
住所				連絡先		
当該食品の摂取に関する情報	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	使用中止日	年 月 日		
	1日摂取量	<input type="checkbox"/> 使用方法のとおり <input type="checkbox"/> 過量（具体的に ） <input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> その他（具体的 ） <input type="checkbox"/> 不明				
	症状発現後の使用状況・症状	<input type="checkbox"/> 中止 → <input type="checkbox"/> 中止後再使用 → <input type="checkbox"/> 減量 → <input type="checkbox"/> 増量 → <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 不明	中止後に症状改善： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 再使用で症状再発： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 減量後に症状改善： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 増量後に症状悪化： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明			
	併用している他の健康食品	製品名：			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
		製造者名：				
摂取状況（期間、頻度等）：						
併用している医薬品の詳細	医薬品名：			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明	
	服用目的：					
	服用状況（期間、頻度等）：					
症状に関する情報	症状発現日	年 月 日 又は摂取（ ）日頃				
	症状 (発熱、頭痛、倦怠感、かゆみ・発疹、食欲不振、黄疸、腹痛、下痢、吐気・嘔吐、呼吸困難、不正性器出血、月経不順、臨床検査値、その他)					
医療機関の受診	受診日	年 月 日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
	医療機関名					
	医療機関所在地					
	診断結果					
その他	かかりつけ医療機関名			所在地		
	持病等					
備考						