

プレアボイド報告書

報告書番号

7

93

患者名(イニシャル) E.K	性別 <input type="radio"/> 男 <input checked="" type="radio"/> 女	年齢 59 歳 ヶ月 身長 154 cm 体重 48 Kg	妊娠 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	職業 主婦 飲酒(種類/1日量) 喫煙(1日本数) 0 (本/日)	患者 <input type="radio"/> 外来 <input checked="" type="radio"/> 入院
-------------------	--	-------------------------------------	---	---	---

副作用等の 発見者 (確認者)	<input type="checkbox"/> 医師 <input checked="" type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護婦	<input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他	発見の 端緒	<input checked="" type="checkbox"/> 初期症状指導による患者の訴え <input type="checkbox"/> 上記以外の患者の訴え <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 薬歴	<input type="checkbox"/> TDM <input type="checkbox"/> 検査値	関与した薬 剤師の担当 病棟薬剤師
-----------------------	--	--	-----------	--	--	-------------------------

薬学的管 理の種類	ACE阻害薬による空咳	相互作用	<input type="radio"/> 禁忌 <input type="radio"/> 食物 <input type="radio"/> 慎重 <input type="radio"/> その他	患者との関連	<input type="radio"/> 3+ <input type="radio"/> 2+ <input type="radio"/> 1+
その他 <input type="radio"/> 用法用量 <input type="radio"/> 誤転記・誤入力 <input type="radio"/> 重複投与 <input type="radio"/> 同種薬投与 <input type="radio"/> その他					

発現年月日 発見年月日 1900/06/09

経過 6/9 風邪をひいているわけではないのに、痰を伴わない咳がでて、とまらない。  
(入院時初回面談時に発見。主治医に報告。ニューロタンへの変更を提案する。)  
6/13 (ニューロタン(50)1T 1×朝へ変更)

転帰 回復 未回復 死亡 不明、該当せず  
軽快 後遺症 その他

破疑薬/併用薬	投与経路	1日量	使用期間	使用目的
エースコール(2)	経口	1T		高血圧
アムロジン(2.5)	経口	2T		高血圧
オステン	経口	3T		骨粗鬆症
ユベラニコチネート	経口	3T		末梢循環改善
ヘイスン(0.2)	経口	3T		糖尿病
オイグルコン(2.5)	経口	1T		糖尿病
原疾患治療開始日	合併症	既往歴	副作用歴 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	
糖尿病 網膜剥離		肝障害 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無 腎障害 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	薬剤名 副作用名 アレルギー歴 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	

薬剤師のコメント	4月よりACE阻害薬の服用を開始され、空咳がでています。 お薬をAT2拮抗薬に変更されることをご検討下さい。	因果関係 <input checked="" type="radio"/> 明らかに関連有り <input type="radio"/> 多分関連有り <input type="radio"/> 関連ないともいえない <input type="radio"/> 関連無し <input type="radio"/> 評価材料不足
薬剤師関与による具体的効果	空咳が止まりQOLを高めることができた。また、血圧コントロール良好で、手術中の咳の心配もなく無事手術を行うことができた。	

厚生省安全性情報報告 <input type="radio"/> 済 <input type="radio"/> 予定 <input checked="" type="radio"/> 無	副作用被害救済機構申請 <input type="radio"/> 済 <input type="radio"/> 予定 <input checked="" type="radio"/> 無
報告者氏名	報告日
連絡先:TEL	連絡先:FAX
E-mail	都道府県名
報告施設名	
住所	

プレアボイド報告書 報告書番号 71

患者名(イニシャル) R.W	性別 <input type="radio"/> 男 <input checked="" type="radio"/> 女	年齢 71 歳 ヶ月	身長 153.5 cm 体重 68 Kg	妊娠 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	職業なし 飲酒(種類/1日量) 喫煙(1日本数) 0 (本/日)	患者 <input type="radio"/> 外来 <input checked="" type="radio"/> 入院
-------------------	--	------------	-------------------------	---	--	---

副作用等の 発見者 (確認者)	<input type="checkbox"/> 医師 <input checked="" type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護婦	<input checked="" type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他	発見の 端緒	<input checked="" type="checkbox"/> 初期症状指導による患者の訴え <input type="checkbox"/> 上記以外の患者の訴え <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> TDM <input type="checkbox"/> 検査値	関与した薬 剤師の担当 病棟薬剤師
-----------------------	--	---	-----------	---	--	-------------------------

薬学的管理 の種類	相互作用	<input type="radio"/> 禁忌 <input type="radio"/> 食物 <input type="radio"/> 慎重 <input type="radio"/> その他	患者との関連	<input type="radio"/> 3+ <input type="radio"/> 2+ <input type="radio"/> 1+
その他 <input type="radio"/> 用法用量 <input type="radio"/> 誤転記・誤入力 <input type="radio"/> 重複投与 <input type="radio"/> 同種薬投与 <input type="radio"/> その他				

発現年月日 発見年月日 1900/07/05

経過  
7/5 レニベース(5)にて、空咳出現してニューロタン(50)に変更。その後、落ち着く。  
今回の入院でレニベース(5)が再開  
お腹から出ない喉のみのイライラする咳が再発。  
なぜ、空咳が出てるんでしょうと本人。  
主治医に確認。もとのニューロタン(50)に変更。  
レニベースは入院してから5日間服用して空咳出現したことになる。

転帰 回復 未回復 死亡 不明、該当せず  
軽快 後遺症 その他

被疑薬/併用薬	投与経路	1日量	使用期間	使用目的
レニベース(5) 1T1×5日間				
原疾患治療開始日	合併症	既往歴	副作用歴 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	
狭心症 高血圧		肝障害 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無 腎障害 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無 OMI 20年前～高血圧	薬剤名	レニベース(5)
			副作用名	空咳
			アレルギー歴	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無

薬剤師のコメント	因果関係 <input type="radio"/> 明らかに関連有り <input checked="" type="radio"/> 多分関連有り <input type="radio"/> 関連ないともいえない <input type="radio"/> 関連無し <input type="radio"/> 評価材料不足
薬剤師関与による具体的効果	

厚生省安全性情報報告 済 予定 無 副作用被害救済機構申請 済 予定 無

報告者氏名	報告日
連絡先: TEL	連絡先: FAX
E-mail	
報告施設名	都道府県名
住所	

プレアボイド報告書 報告書番号 7 16

患者名(イニシャル) Y.Y	性別 <input type="radio"/> 男 <input checked="" type="radio"/> 女	年齢 73 歳 4 ヶ月 身長 cm 体重 Kg	妊娠 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	職業 無職 飲酒(種類/1日量) 喫煙(1日本数) (本/日)	患者 <input type="radio"/> 外来 <input checked="" type="radio"/> 入院
-------------------	--	--------------------------------	---	---------------------------------------	---

副作用等の 発見者 (確認者)	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護婦	<input checked="" type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他 本人	発見の 端緒	<input checked="" type="checkbox"/> 初期症状指導による患者の訴え <input type="checkbox"/> 上記以外の患者の訴え <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 薬歴	<input type="checkbox"/> TDM <input type="checkbox"/> 検査値	関与した薬 剤師の担当 病棟薬剤師
-----------------------	---	---	-----------	--	--	-------------------------

薬学的管理 の種類	咳	相互作用	<input type="radio"/> 禁忌 <input type="radio"/> 食物 <input type="radio"/> 慎重 <input type="radio"/> その他	患者との関連	<input type="radio"/> 3+ <input type="radio"/> 2+ <input type="radio"/> 1+
その他 <input type="radio"/> 用法用量 <input type="radio"/> 誤転記・誤入力 <input type="radio"/> 重複投与 <input type="radio"/> 同種薬投与 <input type="radio"/> その他					

発現年月日 1900/06/10 発見年月日 1900/06/10

経過  
6/10 咳発現  
(ACEI剤(セタプサル)服用に関し、あらかじめ咳発現の可能性を指導しておいた。)

転帰  回復  未回復  死亡  不明、該当せず  
 軽快  後遺症  その他

被疑薬/併用薬	投与経路	1日量	使用期間	使用目的
セタプサル 2T	PO	2T	H12.5/26~6/10	降圧
ローガン 2T	PO	2T	H12.5/26~6/10	降圧
原疾患治療開始日	合併症	既往歴	副作用歴 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	
本態性高血圧	びらん性胃炎	肝障害 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無 腎障害 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	薬剤名 不明 副作用名 咳 アレルギー歴 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	

薬剤師のコメント	以前ACEIによるものと思われる咳を経験しており、マークしていたが的中したもの。	因果関係 <input checked="" type="radio"/> 明らかに関連有り <input type="radio"/> 多分関連有り <input type="radio"/> 関連ないともいえない <input type="radio"/> 関連無し <input type="radio"/> 評価材料不足
薬剤師関与による具体的効果	処方変更による副作用の回避。	

厚生省安全性情報報告 <input type="radio"/> 済 <input type="radio"/> 予定 <input checked="" type="radio"/> 無	副作用被害救済機構申請 <input type="radio"/> 済 <input type="radio"/> 予定 <input checked="" type="radio"/> 無
報告者氏名	報告日
連絡先: TEL	連絡先: FAX
E-mail	都道府県名
報告施設名	
住所	

プレアボイド報告書 報告書番号 3 315

患者名(イニシャル) M.W	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	年齢 57 歳 5 ヶ月 身長 163 cm 体重 60 Kg	妊娠 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	職業 飲酒(種類/1日量) 喫煙(1日本数) (本/日)	患者 <input checked="" type="radio"/> 外来 <input type="radio"/> 入院
-------------------	--	---------------------------------------	--	------------------------------------	---

副作用等の 発見者 (確認者)	<input checked="" type="checkbox"/> 医師 <input checked="" type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護婦	<input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他	発見の 端緒	<input checked="" type="checkbox"/> 初期症状指導による患者の訴え <input type="checkbox"/> 上記以外の患者の訴え <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 薬歴	<input type="checkbox"/> TDM <input type="checkbox"/> 検査値	関与した薬 剤師の担当 調剤室勤務
-----------------------	---	--	-----------	--	--	-------------------------

薬学的管理 の種類	空咳	相互作用	<input type="radio"/> 禁忌 <input type="radio"/> 食物 <input type="radio"/> 慎重 <input type="radio"/> その他	患者との関連	<input type="radio"/> 3+ <input type="radio"/> 2+ <input type="radio"/> 1+
その他 <input type="radio"/> 用法用量 <input type="radio"/> 誤転記・誤入力 <input type="radio"/> 重複投与 <input type="radio"/> 同種薬投与 <input type="radio"/> その他					

発現年月日 1901/02/22 発見年月日 1901/02/28

経過  
2/22 レニベース5・/日処方  
(初めて降圧剤を服用するので初期症状説明。1.急激な血圧低下によるめまい、ふらつきなど。2.痰の  
出ない咳の出現。3.その他、体調に異常を感じたら服薬を中止し、受診(近医でもよい)するように指示。)  
2/末 咳の出現により、服薬を自ら中止、中止後咳は消失  
3/19 Dr.より咳はレニベースによるものと診断され、ルバスク5・/日へ処方変更となった。  
(ルバスクの初期症状(頭のほてりは服薬するにしたがい消失していくなど)説明)

転帰  回復  未回復  死亡  不明、該当せず  
 軽快  後遺症  その他

被疑薬/併用薬	投与経路	1日量	使用期間	使用目的
レニベース	経口	5・	2/22~2/28	高血圧症
ガスター セルベックス	経口 経口	20・ 150・		胃潰瘍 胃潰瘍
原疾患治療開始日 1901/02/22	併症	既往歴	副作用歴 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	
高血圧症	胃潰瘍	肝障害 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無 腎障害 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	薬剤名 副作用名 アレルギー歴 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	

薬剤師のコメント	初期症状の指導により副作用を最小限に抑えることができた。	因果関係 <input checked="" type="radio"/> 明らかに関連有り <input type="radio"/> 多分関連有り <input type="radio"/> 関連ないともいえない <input type="radio"/> 関連無し <input type="radio"/> 評価材料不足
薬剤師関与 による具体的効果	服用する前に初期症状を患者に知らせることで服薬への不安よりも逆に対処の方法がわかっているので安心して服用したと患者から感謝された。	

厚生省安全性情報報告 <input type="radio"/> 済 <input type="radio"/> 予定 <input checked="" type="radio"/> 無	副作用被害救済機構申請 <input type="radio"/> 済 <input type="radio"/> 予定 <input checked="" type="radio"/> 無
報告者氏名	報告日
連絡先: TEL	連絡先: FAX
E-mail	都道府県名
報告施設名	
住所	

患者名(イニシャル) K.T	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	年齢 43 歳 ヶ月 身長 cm 体重 Kg	妊娠 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	職業 飲酒(種類/1日量) 喫煙(1日本数) (本/日)	患者 <input type="radio"/> 外来 <input checked="" type="radio"/> 入院
-------------------	--	------------------------------	--	------------------------------------	---

副作用等の 発見者 (確認者)	<input type="checkbox"/> 医師 <input checked="" type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護婦	<input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他	発見の 端緒	<input checked="" type="checkbox"/> 初期症状指導による患者の訴え <input type="checkbox"/> 上記以外の患者の訴え <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 薬歴	<input type="checkbox"/> TDM <input type="checkbox"/> 検査値	関与した薬 剤師の担当 病棟薬剤師
-----------------------	--	--	-----------	--	--	-------------------------

薬学的管理 の種類	空咳	相互作用	<input type="radio"/> 禁忌 <input type="radio"/> 食物 <input type="radio"/> 慎重 <input type="radio"/> その他	患者との関連	<input type="radio"/> 3+ <input type="radio"/> 2+ <input type="radio"/> 1+
その他 <input type="radio"/> 用法用量 <input type="radio"/> 誤転記・誤入力 <input type="radio"/> 重複投与 <input type="radio"/> 同種薬投与 <input type="radio"/> その他					

発現年月日	発見年月日
経過 前医より降圧剤処方されていた。今回DMで入院、持参薬の服薬指導をしたところ空咳が続いているとのこと。 (空咳はレニベースを飲み始めてからの様な気がするのと患者がいつていることから、レニベースの副作用が疑われDr.に報告。レニベースは中止された)	
転帰 <input type="radio"/> 回復 <input type="radio"/> 未回復 <input type="radio"/> 死亡 <input type="radio"/> 不明、該当せず <input type="radio"/> 軽快 <input type="radio"/> 後遺症 <input type="radio"/> その他	

被疑薬/併用薬	投与経路	1日量	使用期間	使用目的
レニベース(5)	経口	1錠		
アダラート(10)	経口	2錠		
原疾患治療開始日	合併症	既往歴	副作用歴 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	
DM 高血圧症		肝障害 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 腎障害 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	薬剤名 副作用名 アレルギー歴 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	

薬剤師のコメント	持参薬について既に副作用等、指導されているかとも思うが、再度指導することにより、認識されることも多い。くり返しの指導重要。	因果関係 <input checked="" type="radio"/> 明らかに関連有り <input type="radio"/> 多分関連有り <input type="radio"/> 関連ないともいえない <input type="radio"/> 関連無し <input type="radio"/> 評価材料不足
薬剤師関与による具体的効果	レニベース中止後、1週間以内に咳の症状が楽になったとのこと。	

厚生省安全性情報報告 <input type="radio"/> 済 <input type="radio"/> 予定 <input type="radio"/> 無	副作用被害救済機構申請 <input type="radio"/> 済 <input type="radio"/> 予定 <input type="radio"/> 無
報告者氏名	報告日
連絡先: TEL	連絡先: FAX
E-mail	都道府県名
報告施設名	
住所	

患者名(イニシャル) G.T	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	年齢 78 歳 ヶ月	身長 cm	体重 Kg	妊娠 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	職業 飲酒(種類/1日量) 喫煙(1日本数) (本/日)	患者 <input type="radio"/> 外来 <input checked="" type="radio"/> 入院
-------------------	--	------------	-------	-------	--	------------------------------------	---

副作用等の発見者(確認者) <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> その他 <input checked="" type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 看護婦	発見の端緒 <input checked="" type="checkbox"/> 初期症状指導による患者の訴え <input type="checkbox"/> 上記以外の患者の訴え <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 薬歴	<input type="checkbox"/> TDM <input type="checkbox"/> 検査値	関与した薬剤師の担当 病棟薬剤師
---	---	--	---------------------

薬学的管理の種類 咳	相互作用 <input type="radio"/> 禁忌 <input type="radio"/> 食物 <input type="radio"/> 慎重 <input type="radio"/> その他	患者との関連 <input type="radio"/> 3+ <input type="radio"/> 2+ <input type="radio"/> 1+
その他 <input type="radio"/> 用法用量 <input type="radio"/> 誤転記・誤入力 <input type="radio"/> 重複投与 <input type="radio"/> 同種薬投与 <input type="radio"/> その他		

発現年月日	発見年月日
経過 前医(内科)から降圧剤が処方されていたが当院は採用されていないためカプトリルRからカプトリルに変更され処方された。服薬指導時、咳が気になるときはDr.に相談してみるように副作用の説明をしておいた。次の処方日にカプセルが処方されていないためNrsに確認すると咳のため中止されたということであった。薬剤師が指導中は咳が気になることは患者はいわなかったが、そう言えばずっと咳が続いていると思い当たりDr.に話したとのこと。	
転帰 <input type="radio"/> 回復 <input type="radio"/> 未回復 <input type="radio"/> 死亡 <input type="radio"/> 不明、該当せず <input type="radio"/> 軽快 <input type="radio"/> 後遺症 <input type="radio"/> その他	

被疑薬/併用薬	投与経路	1日量	使用期間	使用目的
カプトリルR	経口	2C		
テノーシ ミヤBM カマ	経口	1錠 3.0 0.6		

原疾患治療開始日	合併症	既往歴 肝障害 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 腎障害 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	副作用歴 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 薬剤名 副作用名 アレルギー歴 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
結腸Ca			

薬剤師のコメント	以前から咳がでていたが薬の副作用とは思わなかったとのこと。何回説明されていてもいいから情報提供した方がいいと感じた。	因果関係 <input checked="" type="radio"/> 明らかに関連有り <input type="radio"/> 多分関連有り <input type="radio"/> 関連ないともいえない <input type="radio"/> 関連無し <input type="radio"/> 評価材料不足
薬剤師関与による具体的効果	咳の症状改善し、カプトリル中止後も血圧の変動なし。	

厚生省安全性情報報告 <input type="radio"/> 済 <input type="radio"/> 予定 <input type="radio"/> 無	副作用被害救済機構申請 <input type="radio"/> 済 <input type="radio"/> 予定 <input type="radio"/> 無
報告者氏名	報告日
連絡先:TEL	連絡先:FAX
E-mail	都道府県名
報告施設名	
住所	

プレアボイド報告書 報告書番号 1 72

患者名(イニシャル) N.S	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	年齢 51 歳 7 ヶ月 身長 162 cm 体重 72.0 Kg	妊娠 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	職業 飲酒(種類/1日量) 喫煙(1日本数) 10 (本/日)	患者 <input type="radio"/> 外来 <input checked="" type="radio"/> 入院
-------------------	--	---	---	---------------------------------------	---

副作用等の 発見者 (確認者)	<input type="checkbox"/> 医師 <input checked="" type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護婦	<input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他	発見の 端緒	<input checked="" type="checkbox"/> 初期症状指導による患者の訴え <input type="checkbox"/> 上記以外の患者の訴え <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 薬歴	<input type="checkbox"/> TDM <input type="checkbox"/> 検査値	関与した薬 剤師の担当 病棟薬剤師
-----------------------	--	--	-----------	--	--	-------------------------

薬学的管 理の種類	副作用(レニベースによる空咳)	相互作用	<input type="radio"/> 禁忌 <input type="radio"/> 食物 <input type="radio"/> 慎重 <input type="radio"/> その他	患者との関連	<input type="radio"/> 3+ <input type="radio"/> 2+ <input type="radio"/> 1+
その他 <input type="radio"/> 用法用量 <input type="radio"/> 誤転記・誤入力 <input type="radio"/> 重複投与 <input type="radio"/> 同種薬投与 <input type="radio"/> その他					

発現年月日 1900/12/11	発見年月日 1900/12/11
経過 12/4 MVR施行後、CCUへ(Dr上申→BP落ちついてきたためレニベースoffとなる) 12/9 CCUより循環器病棟へ転棟 12/11 内服薬服薬指導開始 →レニベースの副作用(空咳)について説明行ったところ、患者本人より症状の訴えあり	

転帰	<input type="radio"/> 回復 <input type="radio"/> 未回復 <input type="radio"/> 死亡 <input type="radio"/> 不明、該当せず <input type="radio"/> 軽快 <input type="radio"/> 後遺症 <input type="radio"/> その他
----	---

被疑薬/併用薬	投与経路	1日量	使用期間	使用目的
レニベース(5)1×	P.O		00/12/5~継続中	
ワーフェリン 頓用 ミニマックス0.16g× ラシックス(20)1× サンリズム(25)6C3× プルゼント2T1×	P.O P.O P.O P.O		00/12/5~継続中 00/12/5~継続中 00/12/5~継続中 00/12/5~継続中	MVR施行後、血液凝固、 pafに対して内服
原疾患治療開始日	合併症	既往歴		副作用歴 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
HF(1983)	MS AR	肝障害 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 腎障害 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無		薬剤名 副作用名 アレルギー歴 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無

薬剤師のコメント		因果関係 <input checked="" type="radio"/> 明らかに関連有り <input type="radio"/> 多分関連有り <input type="radio"/> 関連ないともいえない <input type="radio"/> 関連無し <input type="radio"/> 評価材料不足
薬剤師関与による具体的効果	服薬指導により、ACE阻害剤の副作用の早期回避ができた	

厚生省安全性情報報告 <input type="radio"/> 済 <input type="radio"/> 予定 <input type="radio"/> 無	副作用被害救済機構申請 <input type="radio"/> 済 <input type="radio"/> 予定 <input type="radio"/> 無
報告者氏名	報告日
連絡先: TEL	連絡先: FAX
E-mail	都道府県名
報告施設名	
住所	

プレアボイド報告書 報告書番号 12 184

患者名(イニシャル) H.W	性別 <input type="radio"/> 男 <input checked="" type="radio"/> 女	年齢 75 歳 ヶ月 身長 cm 体重 Kg	妊娠 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	職業 無職 飲酒(種類/1日量) 喫煙(1日本数) (本/日)	患者 <input type="radio"/> 外来 <input checked="" type="radio"/> 入院
-------------------	--	------------------------------	--	---------------------------------------	---

副作用等の 発見者 (確認者)	<input type="checkbox"/> 医師 <input checked="" type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護婦	<input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他	発見の 端緒	<input checked="" type="checkbox"/> 初期症状指導による患者の訴え <input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の患者の訴え <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 薬歴	<input type="checkbox"/> TDM <input type="checkbox"/> 検査値	関与した薬 剤師の担当 病棟薬剤師
-----------------------	--	--	-----------	---	--	-------------------------

薬学的管理の種類	咳嗽	相互作用	<input type="radio"/> 禁忌 <input type="radio"/> 食物 <input type="radio"/> 慎重 <input type="radio"/> その他	患者との関連	<input type="radio"/> 3+ <input type="radio"/> 2+ <input type="radio"/> 1+
その他 <input type="radio"/> 用法用量 <input type="radio"/> 誤転記・誤入力 <input type="radio"/> 重複投与 <input type="radio"/> 同種薬投与 <input type="radio"/> その他					

発現年月日 1900/11/30 発見年月日 1900/11/30

経過 11/30 入院後、Dr.より外来処方続行と指示あり。入院後、初回薬剤師がインタビューに行くと、ロンゲスにより咳続いたため夕分を内服していないことが判明。Dr.上申し、夕分ロンゲス中止→咳、出現なく血圧コントロールも良好BP125/90

転帰  回復  未回復  死亡  不明、該当せず  
 軽快  後遺症  その他

被疑薬/併用薬	投与経路	1日量	使用期間	使用目的
ロンゲス	経口	20 <sup>▪</sup>	11/30~	
アダートL(20)	経口	40 <sup>▪</sup>	11/30~	
パナルジン	経口	200 <sup>▪</sup>	11/30~	
セテール	経口	30 <sup>▪</sup>	11/30~	
原疾患治療開始日	合併症	既往歴	副作用歴 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	
めまい症	高血圧症	肝障害 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無 腎障害 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	薬剤名 副作用名 アレルギー歴 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	

薬剤師のコメント	患者の訴えが薬原性ではないかと常に薬から考えることにより薬原性の症状をいち早く発現できる	因果関係 <input type="radio"/> 明らかに関連有り <input type="radio"/> 多分関連有り <input type="radio"/> 関連ないともいえない <input type="radio"/> 関連無し <input type="radio"/> 評価材料不足
薬剤師関与による具体的効果		

厚生省安全性情報報告 <input type="radio"/> 済 <input type="radio"/> 予定 <input type="radio"/> 無	副作用被害救済機構申請 <input type="radio"/> 済 <input type="radio"/> 予定 <input type="radio"/> 無
報告者氏名	報告日
連絡先: TEL	連絡先: FAX
E-mail	
報告施設名	都道府県名 愛知県
住所	



プレアボイド報告書 報告書番号 195

患者名(イニシャル) S.S	性別 <input type="radio"/> 男 <input checked="" type="radio"/> 女	年齢 78 歳 0 ヶ月 身長 cm 体重 47.5 Kg	妊娠 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	職業 飲酒(種類/1日量) 喫煙(1日本数) (本/日)	患者 <input type="radio"/> 外来 <input checked="" type="radio"/> 入院
-------------------	--	-------------------------------------	---	------------------------------------	---

副作用等の 発見者 (確認者)	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input checked="" type="checkbox"/> 看護婦	<input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他	発見の 端緒	<input checked="" type="checkbox"/> 初期症状指導による患者の訴え <input type="checkbox"/> 上記以外の患者の訴え <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 薬歴	<input type="checkbox"/> TDM <input type="checkbox"/> 検査値	関与した薬 剤師の担当 病棟薬剤師
-----------------------	--	--	-----------	--	--	-------------------------

薬学的管理 の種類	足のふらつき	相互作用	<input type="radio"/> 禁忌 <input type="radio"/> 食物 <input type="radio"/> 慎重 <input type="radio"/> その他	患者との関連	<input type="radio"/> 3+ <input type="radio"/> 2+ <input type="radio"/> 1+
	その他 <input type="radio"/> 用法用量 <input type="radio"/> 誤転記・誤入力 <input type="radio"/> 重複投与 <input type="radio"/> 同種薬投与 <input type="radio"/> その他				

発現年月日 1901/01/11 発見年月日 1901/01/12

経過	1/09 不眠訴えあり (ハルシオン 0.25・1錠投与開始) 1/11 足のふらつき訴えられる 1/12 (ハルシオン 0.25・1/2錠に減量) 1/16 足のふらつき訴えられる 1/18 足のふらつき訴えられる (ハルシオン中止)
----	--

転帰	<input type="radio"/> 回復 <input type="radio"/> 未回復 <input type="radio"/> 死亡 <input type="radio"/> 不明、該当せず <input type="radio"/> 軽快 <input type="radio"/> 後遺症 <input type="radio"/> その他
----	---

被疑薬/併用薬	投与経路	1日量	使用期間	使用目的
ハルシオン	経口	0.25・	1/9~1/11	不眠
(併用薬) エトロールR ウフレチド ハイトラシン ヘルベッサー				
原疾患治療開始日	合併症	既往歴	副作用歴 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	
狭心症 高脂血症 骨粗鬆症 神経因性膀胱		肝障害 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 腎障害 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	薬剤名 副作用名 アレルギー歴 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	

薬剤師のコメント	ハルシオンの副作用によるふらつき	因果関係 <input type="radio"/> 明らかに関連有り <input checked="" type="radio"/> 多分関連有り <input type="radio"/> 関連ないともいえない <input type="radio"/> 関連無し <input type="radio"/> 評価材料不足
薬剤師関与による具体的効果	主治医にグルコン酸抱合を受けて腎排泄されやすいエバミール(1・)1/2錠からの投与を助言し、足のふらつき消失	

厚生省安全性情報報告 <input type="radio"/> 済 <input type="radio"/> 予定 <input checked="" type="radio"/> 無	副作用被害救済機構申請 <input type="radio"/> 済 <input type="radio"/> 予定 <input checked="" type="radio"/> 無
報告者氏名	報告日
連絡先: TEL	連絡先: FAX
E-mail	都道府県名
報告施設名	
住所	

プレアボイド報告書 報告書番号 404

患者名(イニシャル) s.s.	性別 <input type="radio"/> 男 <input checked="" type="radio"/> 女	年齢 78 歳 0 ヶ月 身長 _____ cm 体重 47.5 Kg	妊娠 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	職業 飲酒(種類/1日量) 喫煙(1日本数) 0 (本/日)	患者 <input type="radio"/> 外来 <input checked="" type="radio"/> 入院
--------------------	--	---	---	--------------------------------------	---

副作用等の発見者(確認者)	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input checked="" type="checkbox"/> 看護婦	<input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他	発見の端緒 <input checked="" type="checkbox"/> 初期症状指導による患者の訴え <input type="checkbox"/> 上記以外の患者の訴え <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 薬歴	<input type="checkbox"/> TDM <input type="checkbox"/> 検査値	関与した薬剤師の担当薬局 _____
---------------	--	--	---	--	-----------------------

薬学的管理の種類	足のふらつき	相互作用	<input type="radio"/> 禁忌 <input type="radio"/> 慎重	<input type="radio"/> 食物 <input type="radio"/> その他	患者との関連	<input type="radio"/> 3+ <input type="radio"/> 2+ <input type="radio"/> 1+
	<input type="radio"/> その他 <input type="radio"/> 用法用量 <input type="radio"/> 誤転記・誤入力 <input type="radio"/> 重複投与 <input type="radio"/> 同種薬投与 <input type="radio"/> その他					

発現年月日?	発見年月日?
経過	1/9 不眠の訴えあり ハルシオン(0.25mg)1錠投与開始 1/11 足のふらつき訴えられる 1/12 ハルシオン(0.25mg)1/2錠に減量 1/16 足のふらつき訴えられる 1/18 足のふらつき訴えられる ハルシオン中止 1/19 主治医にエバミール(1mg)1/2錠投与を上申 1/19 エバミール(1mg)1/2錠投与開始
転帰	<input checked="" type="radio"/> 回復 <input type="radio"/> 未回復 <input type="radio"/> 死亡 <input type="radio"/> 不明、該当せず <input type="radio"/> 軽快 <input type="radio"/> 後遺症 <input type="radio"/> その他

被疑薬/併用薬	投与経路	1日量	使用期間	使用目的
ハルシオン	経口	0.25mg	1/9~1/11	不眠
ハルシオン	経口	0.125mg	1/12~1/18	不眠
ニトロールR	経口	40mg		狭心症
ウブレチド	経口	10mg		神経性膀胱
ハイトラシン	経口	1mg		神経性膀胱
ヘルベッサ	経口	90mg		狭心症
ローコール	経口	20mg		高脂血症
マロニガン	経口	0.5mg		便秘

原疾患治療開始日?	合併症	既往歴	副作用歴 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無
狭心症、高脂血症、神経性膀胱	骨粗鬆症	肝障害 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無 腎障害 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	薬剤名 副作用名 アレルギー歴 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無 藤野 博之

薬剤師のコメント	ハルシオンの副作用による足のふらつき	因果関係 <input type="radio"/> 明らかに関連有り <input checked="" type="radio"/> 多分関連有り <input type="radio"/> 関連ないともいえない <input type="radio"/> 関連無し <input type="radio"/> 評価材料不足
薬剤師関与による具体的効果	主治医にグルコン酸抱合を受けて腎排泄されやすいエバミール(1mg)1/2錠からの投与を助言し、足のふらつき消失	

厚生省安全性情報報告 <input type="radio"/> 済 <input type="radio"/> 予定 <input checked="" type="radio"/> 無	副作用被害救済機構申請 <input type="radio"/> 済 <input type="radio"/> 予定 <input checked="" type="radio"/> 無
報告者氏名 連絡先: TEL E-mail 報告施設名 住所	報告日 連絡先: FAX 都道府県名

プレアポイド報告書 報告書番号 6 11

患者名(イニシャル) T.K	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	年齢 60 歳 ヶ月	身長 158 cm 体重 60 Kg	妊娠 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	職業 飲酒(種類/1日量) 喫煙(1日本数) (本/日)	患者 <input type="radio"/> 外来 <input checked="" type="radio"/> 入院
-------------------	--	------------	-----------------------	---	------------------------------------	---

副作用等の発見者(確認者) <input type="checkbox"/> 医師 <input checked="" type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護婦	<input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他	発見の端緒	<input checked="" type="checkbox"/> 初期症状指導による患者の訴え <input type="checkbox"/> 上記以外の患者の訴え <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 薬歴	<input type="checkbox"/> TDM <input type="checkbox"/> 検査値	関与した薬剤師の担当 病棟薬剤師
---	--	-------	--	--	---------------------

薬学的管理の種類 眠気	相互作用 <input type="radio"/> 禁忌 <input type="radio"/> 食物 <input type="radio"/> 慎重 <input type="radio"/> その他	患者との関連 <input type="radio"/> 3+ <input type="radio"/> 2+ <input type="radio"/> 1+
その他 <input type="radio"/> 用法用量 <input type="radio"/> 誤転記・誤入力 <input type="radio"/> 重複投与 <input type="radio"/> 同種薬投与 <input type="radio"/> その他		

発現年月日	発見年月日
経過	5/11 ハルシオンを服用した翌日 1日中ボーッとした状態が続く 5/12 ハルシオンを服用した翌日 1日中ボーッとした状態が続く 5/13 ハルシオンを服用した翌日 1日中ボーッとした状態が続く 5/18 ハルシオンを服用した翌日 1日中ボーッとした状態が続く 5/21 ハルシオンを服用した翌日 1日中ボーッとした状態が続く 5/24 エバミール0.5錠投与 (エバミール0.5錠への変更担当)
転帰	<input type="radio"/> 回復 <input type="radio"/> 未回復 <input type="radio"/> 死亡 <input type="radio"/> 不明、該当せず <input type="radio"/> 軽快 <input type="radio"/> 後遺症 <input type="radio"/> その他

被疑薬/併用薬	投与経路	1日量	使用期間	使用目的
ハルシオン錠	経口	0.25 *	5/11・12・13・18・21	不眠
ラクコース シラップ リーパ外 顆粒	経口 経口	60 * 4.74 * × 3	5/16~ 外来	高アンモニア血症 肝硬変患者への低 血症改善
グリチロン錠 アルダクソンA錠	経口 経口	3T 25 *	外来 外来	肝機能改善 腹水
原疾患治療開始日	合併症	既往歴	副作用歴 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	
肝硬変 肝臓癌 (3年前)		肝障害 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 腎障害 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	薬剤名 副作用名 アレルギー歴 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	

薬剤師のコメント	ハルシオン錠が肝機能低下による血中濃度上昇。	因果関係 <input checked="" type="radio"/> 明らかに関連有り <input type="radio"/> 多分関連有り <input type="radio"/> 関連ないともいえない <input type="radio"/> 関連無し <input type="radio"/> 評価材料不足
薬剤師関与による具体的効果	ハルシオン錠の肝代謝機能低下により体内蓄積したと考えられる。エバミールのグルクロン酸抱合のため、代謝されたと考えられる。	

厚生省安全性情報報告 <input type="radio"/> 済 <input type="radio"/> 予定 <input checked="" type="radio"/> 無	副作用被害救済機構申請 <input type="radio"/> 済 <input type="radio"/> 予定 <input checked="" type="radio"/> 無
報告者氏名	報告日
連絡先: TEL	連絡先: FAX
E-mail	都道府県名
報告施設名	
住所	

プレアボイド報告書 報告書番号 5 21

患者名(イニシャル) t.k	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	年齢 65 歳 ヶ月 身長 cm 体重 53 Kg	妊娠 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	職業 農業 飲酒(種類/1日量) 日本酒/1合 喫煙(1日本数) (本/日)	患者 <input type="radio"/> 外来 <input checked="" type="radio"/> 入院
-------------------	--	---------------------------------	--	--	---

副作用等の 発見者 (確認者)	<input checked="" type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他	発見の 端緒	<input checked="" type="checkbox"/> 初期症状指導による患者の訴え <input type="checkbox"/> 上記以外の患者の訴え <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 薬歴	<input type="checkbox"/> TDM <input type="checkbox"/> 検査値	関与した薬 剤師の担当 病棟薬剤師
-----------------------	--	--	-----------	--	--	-------------------------

薬学的管 理の種類	めまい、立ちくらみ(ハルナールによ る)	相互作用	<input type="radio"/> 禁忌 <input type="radio"/> 食物 <input type="radio"/> 慎重 <input type="radio"/> その他	患者との関連	<input type="radio"/> 3+ <input type="radio"/> 2+ <input type="radio"/> 1+
その他 <input type="radio"/> 用法用量 <input type="radio"/> 誤転記・誤入力 <input type="radio"/> 重複投与 <input type="radio"/> 同種薬投与 <input type="radio"/> その他					

発現年月日 1900/04/04 発見年月日 1900/04/05

経過  
4/4 夜、ハルナールを服用した後、めまい、立ちくらみがひどく歩けなかった。  
4/5 泌尿器外来でDrに告げた。  
(→ハルナール(0.1)2C 2×1より1C 1×1に減量となった。以後、めまい、立ちくらみは出現せず)

転帰 回復 未回復 死亡 不明、該当せず  
軽快 後遺症 その他

被疑薬/併用薬	投与経路	1日量	使用期間	使用目的
ハルナール(0.1)2C 2×1	PO	0.2 *	H12.3/30~4/4	前立腺疾患による残尿
ハルナール(0.1)1C 1×1	PO	0.1 *	H12.3/18~3/28	前立腺疾患による残尿 感の改善
プロモックス 3T 3×1 ムコスタ 3T 3×1	PO PO	300 *	H12.3/30~4/5	P-biopsyによる感染症の 予防

原疾患治療開始日	合併症	既往歴	副作用歴 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
前立腺腫瘍		肝障害 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無 腎障害 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	薬剤名 副作用名 アレルギー歴 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無

薬剤師のコメント	P-biopsy施行後よりハルナール(0.1)2C 2×1と増量となった。退 院時指導で、めまい、立ちくらみ等の症状が現れることがある ため、危険な作業等には十分注意するように。もし、ひどい時 は、Drに診てもらおうようにと指導した。患者は、この指導内容を	因果関係 <input checked="" type="radio"/> 明らかに関連有り <input type="radio"/> 多分関連有り <input type="radio"/> 関連ないともいえない <input type="radio"/> 関連無し <input type="radio"/> 評価材料不足
薬剤師関与に よる具体的効 果		

厚生省安全性情報報告 <input type="radio"/> 済 <input type="radio"/> 予定 <input type="radio"/> 無	副作用被害救済機構申請 <input type="radio"/> 済 <input type="radio"/> 予定 <input type="radio"/> 無
報告者氏名	報告日
連絡先: TEL	連絡先: FAX
E-mail	
報告施設名	都道府県名
住所	

プレアボイド報告書 報告書番号 6 67

患者名(イニシャル) e.m	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	年齢 73 歳 月	妊娠 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	職業 無	患者 <input type="radio"/> 外来 <input checked="" type="radio"/> 入院
身長 cm	体重 Kg	飲酒(種類/1日量) 喫煙(1日本数) (本/日)			

副作用等の 発見者 (確認者)	<input type="checkbox"/> 医師 <input checked="" type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護婦	<input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他	発見の 端緒	<input checked="" type="checkbox"/> 初期症状指導による患者の訴え <input type="checkbox"/> 上記以外の患者の訴え <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 薬歴	<input type="checkbox"/> TDM <input type="checkbox"/> 検査値	関与した薬 剤師の担当 病棟薬剤師
-----------------------	--	--	-----------	--	--	-------------------------

薬学的管理 の種類	精神神経(めまい、立ちくらみ、 ふらふら感)	相互作用	<input type="radio"/> 禁忌 <input type="radio"/> 食物 <input type="radio"/> 慎重 <input type="radio"/> その他	患者との関連	<input type="radio"/> 3+ <input type="radio"/> 2+ <input type="radio"/> 1+
その他 <input type="radio"/> 用法用量 <input type="radio"/> 誤転記・誤入力 <input type="radio"/> 重複投与 <input type="radio"/> 同種薬投与 <input type="radio"/> その他					

発現年月日	発見年月日
経過	3/6 ハップフォー20・1T 頻尿により服用 4/7 CGUVG施行、膀胱のふくらみ状態はよい 前より3倍尿がたまるが、残尿が1/3あるのでハルナール0.2・1×M 追加 4/23 目のちらつき、くらくら感が強くなった。 4/26 服薬指導。Ptより目のちらつき、くらくら感の症状を訴え。 (Nsに報告→Drへ報告) 4/30 再診。Drに相談。再処方。
転帰	<input type="radio"/> 回復 <input type="radio"/> 未回復 <input type="radio"/> 死亡 <input type="radio"/> 不明、該当せず <input type="radio"/> 軽快 <input type="radio"/> 後遺症 <input type="radio"/> その他

被疑薬/併用薬	投与経路	1日量	使用期間	使用目的
ハルナール 0.2・	経口	1C	4/7~4/28	
ノイロピン	経口	3T	3/13~	
メチコパール	経口	3T	3/13~	
カスター 20・	経口	2T	3/8~4/6	
ハップフォー 20・	経口	1T	3/6~	
ラキソベロン	経口			

原疾患治療開始日	合併症	既往歴	副作用歴 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無
中心性頸損傷	胆石症 胆のう症	肝障害 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 腎障害 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	薬剤名 副作用名 アレルギー歴 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無

薬剤師のコメント	薬剤追加後、徐々に症状が強まり、服薬指導時、Ptより訴えがあり、すぐNsを通してDrと相談後、中止となる。	因果関係 <input checked="" type="radio"/> 明らかに関連有り <input type="radio"/> 多分関連有り <input type="radio"/> 関連ないともいえない <input type="radio"/> 関連無し <input type="radio"/> 評価材料不足
薬剤師関与による具体的効果	薬剤中止後、症状よくなる。	

厚生省安全性情報報告 <input type="radio"/> 済 <input type="radio"/> 予定 <input type="radio"/> 無	副作用被害救済機構申請 <input type="radio"/> 済 <input type="radio"/> 予定 <input type="radio"/> 無
報告者氏名	報告日
連絡先: TEL	連絡先: FAX
E-mail	都道府県名
報告施設名	
住所	

プレアボイド報告書 報告書番号 8 357

患者名(イニシャル) I・S	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	年齢 81 歳 6 ヶ月 身長 160 cm 体重 51 Kg	妊娠 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	職業 元) 医師 飲酒(種類/1日量) なし 喫煙(1日本数) 0 (本/日)	患者 <input type="radio"/> 外来 <input checked="" type="radio"/> 入院
-------------------	--	---------------------------------------	---	---	---

副作用等の 発見者 (確認者)	<input type="checkbox"/> 医師 <input checked="" type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護婦	<input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他	発見の 端緒	<input checked="" type="checkbox"/> 初期症状指導による患者の訴え <input type="checkbox"/> 上記以外の患者の訴え <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 薬歴	<input type="checkbox"/> TDM <input type="checkbox"/> 検査値	関与した薬 剤師の担当 循環器病棟
-----------------------	--	--	-----------	--	--	-------------------------

薬学的管理の種類	立ちくらみ、ふらつき	相互作用	<input type="radio"/> 禁忌 <input type="radio"/> 食物 <input type="radio"/> 慎重 <input type="radio"/> その他	患者との関連	<input type="radio"/> 3+ <input type="radio"/> 2+ <input type="radio"/> 1+
	その他 <input type="radio"/> 用法用量 <input type="radio"/> 誤転記・誤入力 <input type="radio"/> 重複投与 <input type="radio"/> 同種薬投与 <input type="radio"/> その他				

発現年月日?	発見年月日?
経過 2年前 近医で透析を受け、ほかに狭心症、高血圧、脳梗塞、不整脈などで内服治療。7/2 不安定狭心症にて当院CCUへ入院、緊急CABG施行。7/11 リハビリ目的で一般病棟へ 7/12 初回面談の服薬指導時に前医から継続の「ハルナール」について「立ちくらみ」などの症状を確認すると、症状有り。前日も転倒していた。前医入院時より症状はあったとのこと。元々、前立腺肥大との診断はなく、本人の希望で処方された経緯。現在、透析にて自尿わずかであることも考えて、「ハルナール」中止(不要)と判断。患者と担当医に進言し、中止となる。7/13以降 症状消失	
転帰 <input checked="" type="radio"/> 回復 <input type="radio"/> 未回復 <input type="radio"/> 死亡 <input type="radio"/> 不明、該当せず <input type="radio"/> 軽快 <input type="radio"/> 後遺症 <input type="radio"/> その他	

被疑薬/併用薬	投与経路	1日量	使用期間	使用目的
ハルナール	経口	0.2mg	3/00~7/12	排尿障害
アムロジン	経口	5mg	以前より	高血圧、狭心症
シグマート	経口	15mg	以前より	狭心症
フランドルテープ	貼付	40mg	7月初旬	狭心症
リスミー	経口	1mg	7月初旬	不眠
ロヒピノール	経口	1mg	7月初旬	不眠
原疾患治療開始日?	合併症	既往歴	副作用歴 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	
不安定狭心症、冠動脈バイパス術後	慢性腎不全(透析)、高血圧、脳梗塞	肝障害 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無 腎障害 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	薬剤名 アダラートL 副作用名 心房性期外収縮増 アレルギー歴 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	

薬剤師のコメント	本人が医師であり希望したため「ハルナール」が処方されていたが、本来は不要であった。(別の病院の検査でも前立腺肥大は否定されている。)	因果関係 <input checked="" type="radio"/> 明らかに関連有り <input type="radio"/> 多分関連有り <input type="radio"/> 関連ないともいえない <input type="radio"/> 関連無し <input type="radio"/> 評価材料不足
薬剤師関与による具体的効果	高齢の透析患者であり、脳梗塞の既往もあることから、今後もふらつきなどによる転倒事故誘発の可能性があった。このリスクを回避することが出来たと考える。	

厚生省安全性情報報告 <input type="radio"/> 済 <input type="radio"/> 予定 <input checked="" type="radio"/> 無	副作用被害救済機構申請 <input type="radio"/> 済 <input type="radio"/> 予定 <input checked="" type="radio"/> 無
報告者氏名	報告日
連絡先: TEL	連絡先: FAX
E-mail	
報告施設名	都道府県名
住所	

プレアボイド報告書 報告書番号 6 56

患者名(イニシャル) m.f	性別 <input type="radio"/> 男 <input checked="" type="radio"/> 女	年齢 76 歳 ヶ月	妊娠 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	職業 無	患者 <input type="radio"/> 外来 <input checked="" type="radio"/> 入院
身長 140 cm	体重 53 Kg	飲酒(種類/1日量)	喫煙(1日本数)	(本/日)	

副作用等の発見者(確認者)	<input type="checkbox"/> 医師 <input checked="" type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護婦	<input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他	発見の端緒	<input checked="" type="checkbox"/> 初期症状指導による患者の訴え <input type="checkbox"/> 上記以外の患者の訴え <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 薬歴	<input type="checkbox"/> TDM <input type="checkbox"/> 検査値	関与した薬剤師の担当 病棟薬剤師
---------------	--	--	-------	--	--	---------------------

薬学的管理の種類	血圧下降	相互作用	<input type="radio"/> 禁忌 <input type="radio"/> 食物 <input type="radio"/> 慎重 <input type="radio"/> その他	患者との関連	<input type="radio"/> 3+ <input type="radio"/> 2+ <input type="radio"/> 1+
その他 <input type="radio"/> 用法用量 <input type="radio"/> 誤転記・誤入力 <input type="radio"/> 重複投与 <input checked="" type="radio"/> 同種薬投与 <input type="radio"/> その他					

発現年月日 発見年月日

経過  
4/6 排尿障害によりエブランチル2C2×開始。  
以前より高血圧にてナルバスク(5)服用中。  
5/10 排尿障害によりエブランチル4C2×へ増量。  
(降圧出現の可能性あるため、血圧モニター行う。)  
5/11 BP110(収)めまい、ふらつき訴える。  
(エブランチル増量によるBP降下と判断。泌尿器医師へ報告。エブランチル4Cで継続したいとの返答あり。  
内科医師へ報告。ナルバスク中止させる。E/F/E)

転帰  
回復 未回復 死亡 不明、該当せず  
軽快 後遺症 その他

被疑薬/併用薬	投与経路	1日量	使用期間	使用目的
ナルバスク(5) 1T エブランチル	内服 内服	5・ 4C	~5/15 5/10~	高血圧 排尿障害
原疾患治療開始日	合併症	既往歴	副作用歴 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	
排尿障害 脳梗塞		肝障害 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無 腎障害 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	薬剤名 副作用名	
			アレルギー歴 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	

薬剤師のコメント	BPモニターにより、早朝に対応できた。	因果関係 <input checked="" type="radio"/> 明らかに関連有り <input type="radio"/> 多分関連有り <input type="radio"/> 関連ないともいえない <input type="radio"/> 関連無し <input type="radio"/> 評価材料不足
薬剤師関与による具体的効果	脳梗塞があるため、BPが低すぎるのも状態には悪い結果を招くこと、本人のめまいがあるとの訴えも消失したこと。	

厚生省安全性情報報告 <input type="radio"/> 済 <input type="radio"/> 予定 <input checked="" type="radio"/> 無	副作用被害救済機構申請 <input type="radio"/> 済 <input type="radio"/> 予定 <input type="radio"/> 無
報告者氏名	報告日
連絡先:TEL	連絡先:FAX
E-mail	都道府県名
報告施設名	
住所	

患者名(イニシャル) H.M	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	年齢 68 歳 6 ヶ月 身長 170 cm 体重 Kg	妊娠 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	職業なし 飲酒(種類/1日量) なし 喫煙(1日本数) なし (本/日)	患者 <input type="radio"/> 外来 <input checked="" type="radio"/> 入院
-------------------	--	------------------------------------	--	--	---

副作用等の 発見者 (確認者)	<input type="checkbox"/> 医師 <input checked="" type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護婦	<input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他	発見の 端緒	<input checked="" type="checkbox"/> 初期症状指導による患者の訴え <input type="checkbox"/> 上記以外の患者の訴え <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 薬歴	<input type="checkbox"/> TDM <input type="checkbox"/> 検査値	関与した薬 剤師の担当 病棟薬剤師
-----------------------	--	--	-----------	--	--	-------------------------

薬学的管理の 種類	血管浮腫	相互作用	<input type="radio"/> 禁忌 <input type="radio"/> 食物 <input type="radio"/> 慎重 <input type="radio"/> その他	患者との関連	<input type="radio"/> 3+ <input type="radio"/> 2+ <input type="radio"/> 1+
その他 <input type="radio"/> 用法用量 <input type="radio"/> 誤転記・誤入力 <input type="radio"/> 重複投与 <input type="radio"/> 同種薬投与 <input type="radio"/> その他					

発現年月日	発見年月日
経過	4/17 レニベース 2T 2× 投与開始 4/27 ゼイゼイする。息苦しい。声がかすれる。口唇が腫れる。 (Drへ血管浮腫の可能性を説明。レニベース中止)
転帰	<input type="radio"/> 回復 <input type="radio"/> 未回復 <input type="radio"/> 死亡 <input type="radio"/> 不明、該当せず <input type="radio"/> 軽快 <input type="radio"/> 後遺症 <input type="radio"/> その他

被疑薬/併用薬	投与経路	1日量	使用期間	使用目的
アトロール 2T	内服		4/17~4/30	心不全の改善
パナルジン 2T	内服		4/17~4/30	心不全の改善
アムロジウム 1T	内服		4/17~4/30	心不全の改善
小児用パファリン 1T	内服		4/17~4/30	心不全の改善
ラシックス 40 1×	内服		4/17~4/30	心不全の改善
シムバール 2T 2×	内服		4/17~4/30	心不全の改善
原疾患治療開始日	合併症	既往歴	副作用歴 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	
心不全		肝障害 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無 腎障害 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	薬剤名 副作用名	
			アレルギー歴 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	

薬剤師のコメント	2回目の服薬指導にて血管浮腫の初期症状が疑われた。	因果関係 <input checked="" type="radio"/> 明らかに関連有り <input type="radio"/> 多分関連有り <input type="radio"/> 関連ないともいえない <input type="radio"/> 関連無し <input type="radio"/> 評価材料不足
薬剤師関与による 具体的効果	副作用確認において血管浮腫の初期症状と思われるゼイゼイ感、声のかすれ、息苦しさ、口唇の腫れ等がみられたためDrへ報告した。	

厚生省安全性情報報告 <input type="radio"/> 済 <input type="radio"/> 予定 <input checked="" type="radio"/> 無	副作用被害救済機構申請 <input type="radio"/> 済 <input type="radio"/> 予定 <input checked="" type="radio"/> 無
報告者氏名	報告日
連絡先: TEL	連絡先: FAX
E-mail	
報告施設名	都道府県名
住所	



患者名(イニシャル) K・H	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	年齢 68 歳 4 ヶ月 身長 170.2 cm 体重 75.5 Kg	妊娠 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	職業 飲酒(種類/1日量) 喫煙(1日本数) 20 (本/日)	患者 <input type="radio"/> 外来 <input checked="" type="radio"/> 入院
-------------------	--	---	---	---------------------------------------	---

副作用等の 発見者 (確認者)	<input checked="" type="checkbox"/> 医師 <input checked="" type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他	発見の 端緒	<input checked="" type="checkbox"/> 初期症状指導による患者の訴え <input type="checkbox"/> 上記以外の患者の訴え <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 薬歴	<input type="checkbox"/> TDM <input type="checkbox"/> 検査値	関与した薬 剤師の担当 病棟
-----------------------	---	--	-----------	--	--	----------------------

薬学的管理 の種類	血管浮腫	相互作用	<input type="radio"/> 禁忌 <input type="radio"/> 食物 <input type="radio"/> 慎重 <input type="radio"/> その他	患者との関連	<input type="radio"/> 3+ <input type="radio"/> 2+ <input type="radio"/> 1+
その他 <input type="radio"/> 用法用量 <input type="radio"/> 誤転記・誤入力 <input type="radio"/> 重複投与 <input type="radio"/> 同種薬投与 <input type="radio"/> その他					

発現年月日 発見年月日 ?

経過 患者インタビューの際に、「前医にて処方された薬で唇が腫れたため自己判断で中止した。」と訴えあり。血管浮腫が疑われたため、現在の処方を確認。5日前よりレニベース2.5mgを内服していたため副作用を確認したところ、その時点では問題なかった。そのため血管浮腫の初期症状を説明し、症状あればすぐ報告するように指導。翌日、症状が発症したため患者が主治医に報告し血管浮腫の診断確定し、レニベース中止となる。症状は軽症だったため、中止の翌日には回復した。

転帰  回復  未回復  死亡  不明、該当せず  
 軽快  後遺症  その他

疑薬/併用薬	投与経路	1日量	使用期間	使用目的
レニベース	経口	5mg	5日間	狭心症
	経口			
	経口			
ノルバスク 小児用パファリン ムコスタ シグマート	経口 経口 経口 経口	5mg 1錠 300mg 15mg		
原疾患治療開始日?	合併症	既往歴	副作用歴 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	
狭心症	高血圧	肝障害 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無 腎障害 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	薬剤名 アデカット 副作用名 血管浮腫 と思われ アレルギー歴 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	

薬剤師のコメント	投与開始より5日経過していたため、発症は考えにくかったが、念のため指導を行った事で回避できた。	因果関係 <input checked="" type="radio"/> 明らかに関連有り <input type="radio"/> 多分関連有り <input type="radio"/> 関連ないともいえない <input type="radio"/> 関連無し <input type="radio"/> 評価材料不足
薬剤師関与による具体的効果	早期に回避できた。	

厚生省安全性情報報告 <input type="radio"/> 済 <input checked="" type="radio"/> 予定 <input type="radio"/> 無	副作用被害救済機構申請 <input type="radio"/> 済 <input type="radio"/> 予定 <input checked="" type="radio"/> 無
報告者氏名 連絡先:TEL E-mail 報告施設名 住所	報告日 連絡先:FAX 都道府県名

患者名(イニシャル) I.K	性別 <input type="radio"/> 男 <input checked="" type="radio"/> 女	年齢 72 歳 ヶ月 身長 151 cm 体重 58 Kg	妊娠 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	職業 飲酒(種類/1日量) 喫煙(1日本数) (本/日)	患者 <input type="radio"/> 外来 <input checked="" type="radio"/> 入院
-------------------	--	-------------------------------------	--	------------------------------------	---

副作用等の 発見者 (確認者)	<input type="checkbox"/> 医師 <input checked="" type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他	発見の 端緒	<input checked="" type="checkbox"/> 初期症状指導による患者の訴え <input type="checkbox"/> 上記以外の患者の訴え <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 薬歴	<input type="checkbox"/> TDM <input type="checkbox"/> 検査値	関与した薬 剤師の担当 病棟薬剤師
-----------------------	--	--	-----------	--	--	-------------------------

薬学的管理 の種類	VCR使用に伴う便秘	相互作用	<input type="radio"/> 禁忌 <input type="radio"/> 食物 <input type="radio"/> 慎重 <input type="radio"/> その他	患者との関連	<input type="radio"/> 3+ <input type="radio"/> 2+ <input type="radio"/> 1+
	その他	<input type="radio"/> 用法用量 <input type="radio"/> 誤転記・誤入力 <input type="radio"/> 重複投与 <input type="radio"/> 同種薬投与 <input type="radio"/> その他			

発現年月日 1901/01/29 発見年月日 1901/01/29

経過	S:便が硬くしてしまってダメです。便秘のために食欲もない。 A:Pt入院前にフィルデシン1・×2/week 入院時よりオンピンtotal dose2・を施行しておりピンカアロイドに伴う便秘症状の出現と思われる。 A:Dr.にPtの症状と訴えを報告し、カマの処方依頼 A/O:カマ1.5・分3
----	--

転帰	<input type="radio"/> 回復 <input type="radio"/> 未回復 <input type="radio"/> 死亡 <input type="radio"/> 不明、該当せず <input type="radio"/> 軽快 <input type="radio"/> 後遺症 <input type="radio"/> その他
----	---

被疑薬/併用薬	投与経路	1日量	使用期間	使用目的
フィルデシン CPA DNR VCR カイトル アムロジウム		2 200 20 1 1 1		
原疾患治療開始日	合併症	既往歴	副作用歴 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	
ALL再発		肝障害 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 腎障害 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	薬剤名 副作用名 アレルギー歴 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	

薬剤師のコメント	Ptの便秘の訴え(ピンカアルカロイドに伴うものと予想)をDr.に報告し処方依頼しPtの症状の緩和	因果関係 <input type="radio"/> 明らかに関連有り <input checked="" type="radio"/> 多分関連有り <input type="radio"/> 関連ないともいえない <input type="radio"/> 関連無し <input type="radio"/> 評価材料不足
薬剤師関与による具体的効果		

厚生省安全性情報報告 <input type="radio"/> 済 <input type="radio"/> 予定 <input type="radio"/> 無	副作用被害救済機構申請 <input type="radio"/> 済 <input type="radio"/> 予定 <input type="radio"/> 無
報告者氏名 連絡先:TEL E-mail 報告施設名 住所	報告日 連絡先:FAX 都道府県名

プレアボイド報告書 報告書番号 11-183

患者名(イニシャル) s.y	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	年齢 58 歳 5 ヶ月 身長 169.2 cm 体重 59.5 Kg	妊娠 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	職業 飲酒(種類/1日量) 喫煙(1日本数) (本/日)	患者 <input type="radio"/> 外来 <input checked="" type="radio"/> 入院	
副作用等の 発見者 (確認者)	<input type="checkbox"/> 医師 <input checked="" type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護婦	<input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他	発見の 端緒 <input type="checkbox"/> 薬歴	<input checked="" type="checkbox"/> 初期症状指導による患者の訴え <input type="checkbox"/> 上記以外の患者の訴え <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> TDM <input type="checkbox"/> 検査値	関与した薬 剤師の担当 病棟薬剤師
薬学的管理 の種類	末梢神経障害	相互作用	<input type="checkbox"/> 禁忌 <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> 慎重 <input type="checkbox"/> その他	患者との関連	<input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 1+	
その他 <input type="checkbox"/> 用法用量 <input type="checkbox"/> 誤転記・誤入力 <input type="checkbox"/> 重複投与 <input type="checkbox"/> 同種薬投与 <input type="checkbox"/> その他						
発現年月日	発見年月日					
経過	8/9 m-CODMスタート(CBDCA, VCR, ADM, VP-16) 8/24 手のしびれ出現を訴える (Dr.に報告 処方依頼(9/5)) 9/6 V.B6処方 (しびれあるが軽減)					
転帰	<input type="checkbox"/> 回復 <input type="checkbox"/> 未回復 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 不明、該当せず <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 後遺症 <input type="checkbox"/> その他					

被疑薬/併用薬	投与経路	1日量	使用期間	使用目的
オンコピン	DIV	1.6 *	8/9~	癌治療
パラプラチン		120 *	8/9~	癌治療
アドリアン		60 *	8/9~	癌治療
ラステット		120 *	8/9~	癌治療
原疾患治療開始日	合併症	既往歴	副作用歴 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	
LK		肝障害 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無 腎障害 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	薬剤名 副作用名	
			アレルギー歴 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	

薬剤師のコメント	オンコピンによる末梢神経障害が疑われたためDr.に報告。確認依頼。	因果関係 <input type="radio"/> 明らかに関連有り <input checked="" type="radio"/> 多分関連有り <input type="radio"/> 関連ないともいえない <input type="radio"/> 関連無し <input type="radio"/> 評価材料不足
薬剤師関与による具体的効果	副作用回避	

厚生省安全性情報報告 <input type="radio"/> 済 <input type="radio"/> 予定 <input checked="" type="radio"/> 無	副作用被害救済機構申請 <input type="radio"/> 済 <input type="radio"/> 予定 <input checked="" type="radio"/> 無
報告者氏名	報告日
連絡先:TEL (	連絡先:FAX
E-mail	都道府県名
報告施設名	
住所	

厚生科学研究費補助金（医薬安全総合研究事業）  
分担研究報告書

患者用副作用用語の標準化に関する研究

分担研究者 増原 慶壮 聖マリアンナ医科大学病院 薬剤部長

研究要旨：医薬品の副作用用語を標準化されたものをさらに予想される副作用の初期症状にグルーピングし、服用している医薬品と患者が訴える初期症状から副作用を判断できるようにするため、システムの構築の初期として、海外の患者向け添付文書を調査した。

A. 研究目的

医薬品の市販後の安全対策の一方策として、患者が服用している医薬品とその初期症状とを関連づけることにより、医薬品の安全性は向上することを目的とした。

B. 研究方法

医薬品の副作用用語を標準化されたものを、さらに予想される副作用の初期症状にまとめるために、医薬品服薬指導情報集と患者向け副作用用語の標準化手法に関する研究の報告書および諸外国の患者向け添付文書を調査し、初期症状がグルーピングできるかどうか検討した。また、循環器用剤であるアスピリン、エナラプリル、ジゴキシシン、フロセミドについて、これらを服用している患者がそれらの症状から副作用と判断できるアルゴリズムを検討した。

（倫理面への配慮）

本研究は、個人情報を使用するものではない。

C. 研究結果

服用している患者の医薬品から予想される副作用の初期症状をグルーピングするには諸外国の患者用添付文書がもっとも適している。それに医薬品服薬指導情報集

を組み合わせることにより、患者自身により初期症状からある程度の副作用を判断できるアルゴリズムが推定できた。

D. 考察

医薬品の副作用がその用語の標準化を利用して、医薬品の副作用の初期症状に基づいてグルーピングが可能であることが示唆された。今後は具体的に事例をあげて検討しなければならない。

E. 結論

患者は自分自身で初期症状からある程度の副作用を判断することができるアルゴリズムの構築が可能であることが示唆された。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

なし

H. 知的所有権の出願・登録状況

なし