

農林水産大臣 殿

住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_

肉用牛、乳用牛、豚、  
肉用鶏、犬、猫 など

雄、雌、  
去勢雄 など

0回、1回、  
2回……

<b>1. 発現動物</b>					
動物種※	犬	品 種	シェットランドシープドック		
性 別※	雌	妊娠の有無	無	産 歴	1回
年 齢※	2歳	体 重	9 kg		
医薬品を投与したときの健康状態※	<input checked="" type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 不健康 <input type="checkbox"/> 不明				
投与前の診断名又は投与目的※	予 防				
既 往 歴					
副 作 用 歴	なし				
医薬品の投与歴					
<b>2. 医薬品等の情報</b>					
医薬品区分※	<input checked="" type="checkbox"/> 動物用医薬品(生物学的製剤) <input type="checkbox"/> 人体用医薬品 <input type="checkbox"/> 医療用具 <input type="checkbox"/> 動物用医薬品(生物学的製剤以外) <input type="checkbox"/> 未承認薬 <input type="checkbox"/> その他				
製 品 名※	狂犬病TCワクチン“ヤッケン”	成 分 名	狂犬病ワクチン		
製造業者又は輸入販売業者※	株式会社ヤッケン				
製造番号※	Lot. 7	使用期限	H15.12	保管状況	冷蔵
<b>3. 副作用の概要及び転帰</b>					
都道府県※	東京都	発生日月日※	平成 15 年 12 月 10 日		
投与年月日※	平成 15 年 12 月 10 日 ( ~ 月 日 )			投 与 者	獣医師
投与から発現までの時間※	10分後	投与経路※	皮下注射		
用法・用量※	<input checked="" type="checkbox"/> 用法・用量のとおり <input type="checkbox"/> 用法・用量以外				
投与量	1mL				
効能・効果※	<input checked="" type="checkbox"/> 効能・効果のとおり <input type="checkbox"/> 適用外使用				
併 用 薬※	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(製品名: )				
副作用・感染症の種類と経過※	呼吸速迫、けいれん、嘔吐				
講じた処置※	デキサメサゾン投与、輸液				
転 帰※	回 復				
病性鑑定(検査)の成績					
同時に投与した他の動物の情報	<投与した ( _____ ) 注意：※のついた項目はもれなくご記入下さい。 わからないところや実施していないところは、「不明」、「なし」、「—」等を記載し、空欄としないようにして下さい。				
<b>4. 報告者の意見※</b>					
投与後副作用発現までの時間及び症状から、 ワクチン接種によるアナフィラキシー反応であると考えられる。					
<b>5. その他※</b>					
情報入手年月日※	平成 15 年 12 月 10 日				
報 告 者※	<input checked="" type="checkbox"/> 獣医師 <input type="checkbox"/> 獣医師以外( _____ )				
担当者氏名※					
診療施設等名※					
電 話 番 号※					
FAX番号※					
メールアドレス※					
			本事例の関連企業への報告を <input checked="" type="checkbox"/> 行った 企業名 株式会社ヤッケン 連絡日 平成 15 年 12 月 12 日 <input type="checkbox"/> 行う予定 年 月 日頃 <input type="checkbox"/> 行わない <input type="checkbox"/> 未定		

該当するものに  
チェックしてください。

副作用に関連があると考えられる  
ものがあれば記載してください。

該当するものに  
チェックしてください。

室温、冷蔵、  
車中 など

獣医師、  
動物の所有者、  
飼育者 など

死亡、  
廃用(安楽死)、  
回復、  
治療中 など

該当するものに  
チェックしてください。

〇〇時間後 など