

個案編號(由通報中心填寫)：null		健康食品及膠囊錠狀食品非預期反應通報表格 20013.7				
<div>健康食品及膠囊錠狀食品非 預期反應通報表 衛生福利部</div> <div>電話：(02)2358-7343 傳真：(02)2358-4098 台北市中正區羅斯福路一段32號2樓 網址：http//hf.fda.gov.tw 電子信箱：hf@tdrf.org.tw</div>	1. 發生日期：null		2. 通報者獲知日期：null			
	3. 通報中心接獲通報日期： null		(由通報中心填寫)			
	4. 通報者* <div>姓名：null服務機構： null</div> <div>電話：null地址：null</div> <div>身份證字號：null電子郵件信箱：null</div> <div>屬性：null職稱：null</div>					
I. 食用者基本資料						
5. 識別代號： null6. 性別： null8. 體重：null 公斤 10. 身份證字號： null 姓名： null7. 出生年份：民國 null 年9. 身高：null 公分 11. 聯絡電話： null 12. 藥物過敏史： null13. 食物過敏史：null 14. 疾病史：null15. 生活史： null 16. 是否告知案件評估結果：null						
II. 非預期反應相關資料						
17. 健康食品未達宣稱之保健功效？*null null		20. 醫師診斷及相關檢查及檢驗數據(請附日期) (例如:血中濃度、肝/腎功能數.....等)				
18. 非預期反應結果* null						
19. 通報事件之描述*(請依事件發生前後順序填寫，應包括發生非預期反應之日其、部位、症狀、嚴重程度及處置) 非預期反應症狀： 非預期反應描述： 非預期反應之處置：						
21. 其他相關資料 <input type="checkbox"/> A. 過敏_____						
<input type="checkbox"/> B. 懷孕						
<input type="checkbox"/> C. 吸菸、喝酒、檳榔						
<input type="checkbox"/> D. 慢性病史(高血壓、高血糖、高血脂)						
<input type="checkbox"/> E. 肝、腎疾病						
<input type="checkbox"/> F. 其他病史_____						
III. 懷疑之食品*						
商品名		成份/含量	食用方式(劑量、頻率)	食用起迄日期	購買來源	
null						
null						
null						
學名/商品名		含量/劑型	劑量/頻率	使用起迄日期	廠牌	許可字號
null						
null						
27. 曾食用同類健康食品之經驗？ null						
28. 停止食用健康食品後，此反應是否減輕？null						
29. 再次食用是否出現同樣反應？ null						