

(公 印 省 略)

分医発第2022号
令和7年9月1日

各郡市等医師会担当理事 殿

大 分 県 医 師 会
常任理事 井 上 雅 公

日本医師会「健康食品安全情報システム」事業へのご協力について

日本医師会から標記事業について、別紙のとおり周知方依頼が参りましたので、貴会におかれましても本件についてご了知いただき、貴会関係医療機関への周知方ご高配の程よろしくお願ひ申し上げます。

日医発第 801 号（地域）

令和 7 年 8 月 27 日

都道府県医師会
担当理事 殿

日本医師会常任理事
藤原 慶正
(公印省略)

日本医師会「健康食品安全情報システム」事業へのご協力について

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、本会「健康食品安全情報システム」事業については、平成 24 年 11 月 19 日付日医発第 794 号（地 I 161）の文書をもって、貴会にご案内を申し上げます。

本会では、平成 23 年 4 月より、会員の先生方のご協力を賜り、「健康食品安全情報システム」事業を実施しております。いわゆる「健康食品」による健康被害には様々な課題があり、エビデンスの蓄積、診療現場からの情報収集、地域医師会や医師に対する情報提供、国民への啓発・広報活動が重要と考えております。

本事業は会員の先生方より、日常の診療において患者から知り得た健康食品による健康被害に関する情報をご提供いただき、本会において検討の上、対応策等を診療の現場に還元してお役立ていただくことによって、かかりつけ医機能の推進に寄与することを趣旨としております。

つきましては、別添のとおり「健康食品安全情報システム 情報提供票」をお送り申し上げますので、貴会におかれましても本件についてご了知いただき、管下郡市区医師会、及び関係医療機関等へ周知いただくとともに、健康食品による健康被害情報の収集等にご協力を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

日本医師会「健康食品安全情報システム」事業 情報提供のお願い

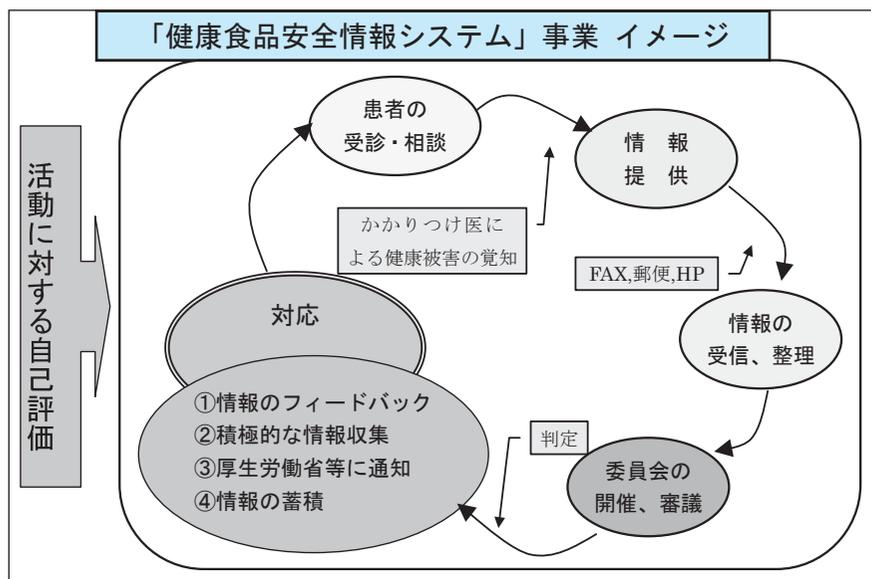
いわゆる「健康食品」による健康被害は様々な課題があり、診療現場からの情報収集と情報の蓄積、地域医師会や会員医師への情報のフィードバック、国民への啓発活動が重要です。本会では、平成23年4月より、会員の先生方のご協力を賜り、「健康食品安全情報システム」事業を実施しており、これまで多くの情報をお寄せいただいたことに、改めて御礼申し上げます。

本事業は、患者さんからの相談や日常診療で知り得た、健康食品による健康被害情報をご提供いただき、本会において検討の上、対応策等を診療現場に還元して役立ててもらうことによって、かかりつけ医機能を推進することを趣旨としております。

先生におかれましては、本事業へのご協力をよろしくお願い申し上げます。

来院した患者さんへの問診や相談に応じた際、健康食品による以下の健康被害を覚知したときは、裏面の情報提供票にご記入の上、本会宛に送信してください。

- ①患者さんの症状が、摂取した健康食品と関連する可能性がある、又は関連が否定できないと思われる場合（確証のない、疑いの段階でも結構です。）
- ②患者さんの服用している医薬品と摂取した健康食品との間に相互作用の可能性がある、又は否定できないと思われる場合
- ③宣伝文句を過信した患者さんが、健康食品に依存してしまい、治療や服薬を中断するなどの具体的な弊害が生じている場合



「健康食品安全情報システム」事業の要旨

1. 情報の提供

本事業における情報収集は、かかりつけ医からの情報提供に依拠しております。

その対象となる情報は、いわゆる「健康食品」による健康被害の疑いがあるものとし、一般用医薬品による副作用等は対象外です。（トクホや機能性表示食品は対象内です。）

日常の診療を通して健康被害やその疑い事例を覚知しましたら、裏面の情報提供票に記入してご提出をお願いいたします。また、因果関係の判定のため、一緒にメーカー名や商品名のわかる外箱コピーや、患者さんの検査データ等の資料もご提供をいただけると幸いです。（患者名等の記載がないことをご確認下さい。）

2. 情報の整理・蓄積・選択

先生から提供いただいた情報は、まず先生のお名前や医療機関名等を匿名化した上で、本会「健康食品安全対策委員会」において、情報に対する判定を行い、先生にお知らせするとともに、都道府県医師会と情報共有します。

3. 情報のフィードバック・注意喚起等の対応

「健康食品安全対策委員会」での判定を受け、本会は都道府県医師会や会員医師に情報をフィードバックするとともに、必要に応じて行政等と情報共有や対応要請等を行います。また、その重要性に応じて、国民への周知・啓発活動を行います。

※いただいた情報は、本事業以外の目的には使用いたしません。先生や患者さんの個人情報保護についても、本会の規定に基づき万全を期します。健康食品会社等からの訴訟リスクなど、先生にご迷惑がかかることがないよう努めます。

情報提供の方法

以下のご都合の良い方法で情報提供をお願いいたします。

- ①裏面の情報提供票をFAXにて送信
- ②裏面の情報提供票のPDFをメールにて送信
- ③本会ホームページ <https://www.med.or.jp/mshoku/>（メンバーズルーム内の会員限定サイト）にて、情報提供フォームへの入力による情報提供
- ④情報提供票を郵送（判定結果お知らせ時に切手代を返送いたします。）

送付先（お問合せ先）

〒113-8621 東京都文京区本駒込 2-28-16
日本医師会 健康食品安全情報システム事業担当
TEL 03-3942-6137 FAX 03-3946-2140
E-Mail shoku@po.med.or.jp

健康食品安全情報システム 情報提供票

年 月 日

※情報提供の際には個人情報保護法へのご配慮をお願い申し上げます。
いわゆる食中毒の場合は、所管の保健所に食中毒の届出を行って下さい。

1. 必須記入項目

(1) 患者さんの基礎情報

性別	年齢	身長	体重	妊娠
男 女	代 半	約 cm	約 kg	有 無

※年齢は「30代後半」のような記載をお願いします。(個人の識別性の低減のため)

(2) 患者さんの症状など (該当する□に✓を入れてください)

①受診日と発現日	受診 年 月 日 / 発現 年 月 日
②基礎疾患・既往症	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし (主訴が今回の健康食品による被害) <input type="checkbox"/> 不明
③服用医薬品 (基礎疾患等・OTC含む)	 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">例・アスピリン 81mg 1日1回1錠 (R2年11月1日～●年●月●日)</div>
④今回の症状・異常所見・診断名等	
⑤-1. 症状等と当該健康食品との関連性	<input type="checkbox"/> 健康食品の過剰摂取 () <input type="checkbox"/> アレルギー () <input type="checkbox"/> 有害成分含有 () <input type="checkbox"/> 異物・不純物など品質の問題 () <input type="checkbox"/> 医薬品との相互作用 (効果の減弱、症状の増悪など) () <input type="checkbox"/> 健康食品への過信による治療・投薬の中断 () <input type="checkbox"/> その他 ()
⑤-2. 症状等と健康食品との関連性のエビデンス	<input type="checkbox"/> 医学的に強く推定 <input type="checkbox"/> 医学的に推定 <input type="checkbox"/> 関連性が否定できない <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 関連なし
⑥重篤度	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 重篤 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽微 <input type="checkbox"/> その他 自由記入欄 ()
⑦経過、転帰	<input type="checkbox"/> 回復 <input type="checkbox"/> 軽快・寛解 <input type="checkbox"/> 未回復 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 後遺症 自由記入欄 ()
以上のご判断に至った根拠等	

(書ききれない場合は別の紙を使用して下さい)

(3) 患者さんの摂取健康食品 (わかる範囲でご記入ください)

①健康食品名・メーカー名・主な成分・量など	できれば健康食品の説明書きや箱のコピーをFAX等にてお送りください。
②健康食品の摂取目的・動機	<input type="checkbox"/> ダイエット・美容 <input type="checkbox"/> 健康の保持・増進 <input type="checkbox"/> 疾病の予防 <input type="checkbox"/> 治療 () <input type="checkbox"/> 不明・その他 ()
③健康食品の入手方法	<input type="checkbox"/> 店頭購入 <input type="checkbox"/> (ネット) 通販 <input type="checkbox"/> 訪販 <input type="checkbox"/> 個人輸入 <input type="checkbox"/> 不明・その他 ()
④摂取状況	摂取期間: 年 月 日 ~ 年 月 日、一日摂取量:

2. その他アンケート (任意)

- (1) その患者さんは、自分がかかりつけ医にしている はい いいえ
- (2) 患者さんがその健康食品を摂取していることを知ったきっかけ
患者さんが自発的に相談したので 問診票で 患者さんの症状で
その他 ()
- (3) 患者さんは、その健康食品を摂取していることを伏せていた はい いいえ
- (4) 医師・医学博士や「医師」に類似した肩書きの持ち主が、その健康食品の販売者や推奨者になっている はい いいえ わからない
- (5) 貴院では問診票で健康食品の摂取を確認している はい いいえ

3. 自由記入欄 (本情報システムへの質問・意見・要望等も含む)

貴院の名称・医師名	ご連絡先	患者さんの受診診療科
	TEL (メール)	

ご協力ありがとうございました。患者さんの健康食品の摂取前後の検査データ等もお送りいただければ幸いです。お送りいただく際は患者名等は伏せた形をお願いいたします。本事業の目的以外には使用いたしません。また今後、本会より、問い合わせをさせていただく場合があります。
 ※本会 HP メンバーズルーム (<https://www.med.or.jp/mshoku/>) (日本医師会員のID、パスワードが必要) から情報提供をすることも可能です。

キリトリ線