

緊急避妊薬に関する情報提供書（医師→薬局薬剤師）

年 月 日

情報提供先

薬局名： _____

FAX 番号： _____

患者氏名： _____	生年月日： 年 月 日（ 歳）
電話番号： _____	受診日時： 年 月 日
<p>【服用にあたっての確認事項】</p> <p><input type="checkbox"/> 禁忌（重篤な肝障害、妊婦等）に該当していない。</p> <p><input type="checkbox"/> 併用薬の服用を確認した。 （<input type="checkbox"/> 服用していない または <input type="checkbox"/> 服用しているが問題ない）</p> <p><input type="checkbox"/> 授乳中か確認した。 （<input type="checkbox"/> 授乳中ではない または <input type="checkbox"/> 授乳中だったため指導した）</p> <p><input type="checkbox"/> 性暴力被害の可能性（<input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>不明） 〔 「あり」の場合 薬局への指示・コメント 〕</p> <p><input type="checkbox"/> その他留意すべき事項 〔 _____ 〕</p>	
<p>薬剤を服用する期限 (性交後 72 時間以内) : _____ 月 日 AM・PM 時頃まで</p> <p>患者来局予定時間 : _____ 月 日 AM・PM 時頃</p>	

医療機関名：

診療科名：

医師氏名：

所在地：

電話番号：

（※患者来局予定時間前後に連絡できる連絡先）

FAX 番号：

※ 伝送時、処方箋とともに送付すること