

## 緊急避妊薬に関する服薬情報提供書（薬局薬剤師→医師）

年 月 日

情報提供先

医療機関名： \_\_\_\_\_ FAX 番号： \_\_\_\_\_

医師氏名： \_\_\_\_\_ 様

患者氏名： \_\_\_\_\_ 生年月日： \_\_\_\_\_ 年 月 日（ 歳）

## 【報告事項】

- 服用日時： \_\_\_\_\_ 年 月 日 AM・PM 時 分
- 禁忌事項について確認した。
- より確実な避妊法について適切に説明した。
- 約3週間後に産婦人科医による直接の対面診療を受診することを説明した。
- その他

( \_\_\_\_\_ )

対面診療を行う予定の医療機関名：

対面診療を行う予定の医師名：

薬 局 名：

薬剤師氏名：

所 在 地：

電 話 番 号：

FAX 番 号：