

フルナーゼ

フルナーゼ点鼻薬

〈季節性アレルギー専用〉



適正使用のチェックシート

本剤を購入する前に必ず以下の項目を確認してください。ご不明な場合は薬剤師にお尋ねください。

1 次の項目が1つでも「はい」がある場合は本剤を使用できませんので、ご注意ください。

Q1 通年性アレルギー性鼻炎の人。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
Q2 次の診断を受けた人。 <input type="checkbox"/> 全身の真菌症 <input type="checkbox"/> 結核性疾患 <input type="checkbox"/> 反復性鼻出血 <input type="checkbox"/> 感染症	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
Q3 鼻孔が化膿(毛根の感染によって、膿(うみ)がたまり、痛みやはれを伴う)している人。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
Q4 15歳未満の人。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
Q5 妊婦又は妊娠していると思われる人。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
Q6 ステロイド点鼻薬を過去1年のうち3ヵ月以上使用した人。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
Q7 本剤又はフルチカゾンプロピオン酸エステル製剤によりアレルギー症状を起こしたことがある人。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ



1つでも「はい」がある場合は本剤を使用できません。
すべて「いいえ」の方は **2** へお進みください。



2 (1の項目が全て「いいえ」の場合)以下の場合に該当するか、更にご確認ください。
1つでも「はい」がある場合は医師又は薬剤師にご相談ください。

Q1 医師の治療を受けている人。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
Q2 減感作療法等、アレルギーの治療を受けている人。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
Q3 頭、額や頬などに痛みがあり、黄色や緑色などの鼻汁のある人(感染性副鼻腔炎)。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
Q4 授乳中の人。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
Q5 薬などによりアレルギー症状を起こしたことがある人。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
Q6 季節性アレルギーによる症状か他の原因による症状かはっきりしない人。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
Q7 高齢者。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
Q8 肥厚性鼻炎*1や鼻たけ(鼻ポリープ)*2の人。 *1:鼻のまわりが重苦しく、少量の粘液性又は黄色や緑色の鼻汁がでる。 *2:鼻づまり、鼻声、鼻の奥の異物感などがある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
Q9 長期又は大量の全身性ステロイド療法を受けている人。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

1つでも該当する人は、医師又は薬剤師に相談してください。
本剤を使用できない場合があります。