

参 考 資 料

(調査研究を踏まえ、要指導医薬品販売を念頭に作成)

緊急避妊薬に関する情報提供文書（薬剤師→医師）[例]

記入日 年 月 日

情報提供先

医療機関名：

医師氏名：様

受診が必要な方の氏名・生年月日

氏名：生年月日：年 月 日（歳）

緊急避妊薬の服用

- ☐ 服用した 服用日時：年 月 日 AM・PM 時 分
服用医薬品名：要指導医薬品（品名：）
☐ 服用していない

受診勧奨の理由

- ☐ 緊急避妊を希望されましたが、以下の理由により薬局で緊急避妊薬を販売できませんでした。
- ☐ UPSI から 72 時間超
 - ☐ 妊娠の可能性 妊娠検査薬 ☐陽性 ☐陰性 ☐未実施
 - ☐ 月経周期が不整である
 - ☐ 最終月経から来局まで、通常の月経周期を超過している
 - ☐ 最終月経の経血量が少ない・月経期間が短い
 - ☐ 出産後や流産・中絶後で月経が再開していない
 - ☐ 最終月経以降、今回よりも前に避妊なし性交があった
 - ☐ 重篤な肝障害の可能性
 - ☐ レボノルゲストレル錠の成分に過敏症の既往
 - ☐ 緊急避妊薬の服用に不安がある
 - ☐ その他（）
- ☐ 緊急避妊薬を服用されましたが、以下の理由により受診を推奨します。
- ☐ 妊娠の可能性 妊娠検査薬 ☐陰性 ☐ご自宅等で実施（自己申告）
 - ☐ 月経周期が不整である
 - ☐ 最終月経から来局まで、通常の月経周期を超過している
 - ☐ 最終月経の経血量が少ない・月経期間が短い
 - ☐ 出産後や流産・中絶後で月経が再開していない
 - ☐ 最終月経以降、今回よりも前に避妊なし性交があった
 - ☐ 下腹部の痛み・不正出血
 - ☐ その他（☐性感染症の可能性 ☐性暴力の可能性 ☐複数回の UPSI ☐避妊に関する相談 ☐不安 ☐その他）

その他の連絡事項

薬 局 名：
薬剤師氏名：
所 在 地：
電 話 番 号：