緊急避妊薬に関する情報提供書（医師→薬局薬剤師）

様式１

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 |
| 【服用にあたっての確認事項】□　禁忌（重篤な肝障害、妊婦等）に該当していない。□　併用薬の服用を確認した。（□　服用していない　または　□　服用しているが問題ない）□　授乳中か確認した。（□　授乳中ではない　または　□　授乳中だったため指導した）□　性暴力被害の可能性（□あり　□なし　□不明）　「あり」の場合　薬局への指示・コメント□　その他留意すべき事項 |
| 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 |
| 患者来局予定時間 | ：　　　月　　日 AM・PM　　　時頃 |

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