薬局医薬品・要指導医薬品・第一類医薬品の販売時確認シート

※氏名・連絡先は必要に応じて記入

※要指導医薬品は使用者本人以外への販売が禁じられています。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 購入者氏名 | （　　　　　　歳） | 性　別 | 男　・　女 |
| 連絡先 |  |
| 症　状 |  |
| 医師又は歯科医師への受診　　□ 受診済（傷病名：　　　　　　　　　　　　　）　□ 未受診 |
| 既往歴 |  |
| 副作用歴 |  |
| 妊娠・授乳 |  妊娠：　□ している（　　　　　週目　）　・　□ していない 授乳：　□ している　　　　　　　　　　　・　□ していない |
| 医薬品や健康食品等の使用状況 |  |
| 販売した製品 | 製品名：□薬局医薬品　　　□要指導医薬品　　　□第一類医薬品当該製品の使用経験　　　　　□　有　　　　　□　無 |
| 販売個数 | 個 |
| 販売日時 | 　　　　　年　　　月　　　日（　　）　　　　時　　　　分 頃 |
| 販売、情報提供した薬剤師氏名 |  |
| 情報提供の理解の確認 |  □ 情報提供内容を理解しました／理解したことを確認しました |

※販売記録を兼ねることも可能（記載日より、２年間保存）

［参考］

情報提供及び指導を行うにあたり、あらかじめ確認すべき事項

* 年齢
* 他の薬剤又は医薬品の使用の状況
* 性別
* 症状（医師等の診断を受けたか否かの別及び診断を受けたことがある場合にはその診断の内容）
* 現にかかっている他の疾病がある場合は、その病名
* 妊娠しているか否かの別及び妊娠中である場合はその妊娠週数
* 授乳しているか否かの別
* 当該要指導医薬品に係る購入、譲受け又は使用経験の有無
* 調剤された薬剤又は医薬品の副作用その他の事由によると疑われる疾病にかかったことがあるか否かの別並びにかかったことがある場合はその症状、その時期、当該薬剤又は医薬品の名称、有効成分、服用した量及び服用の状況
* その他情報の提供及び指導を行うために確認が必要な事項