

## 緊急避妊薬に関する紹介文書

記入日 年 月 日

情報提供先

医療機関名：\_\_\_\_\_

医師名：\_\_\_\_\_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 \_\_\_\_\_分服用商品名： ☐ ノルレボ（レボノルゲストレル 1.5mg）☐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。☐短期間で繰り返し購入を行う☐UPI から 72 時間超☐妊娠の可能性 妊娠検査薬 ☐陽性 ☐陰性 ☐未実施

特記事項（ \_\_\_\_\_ ）

☐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。☐短期間で繰り返し購入を行う☐妊娠の可能性 妊娠検査薬 ☐陽性 ☐陰性 ☐ご自宅等で実施（自己申告）

特記事項（ \_\_\_\_\_ ）

☐下腹部の痛み・不正出血☐服用後 2 時間以内に嘔吐した☐その他 （☐性感染症の可能性 ☐性暴力の可能性 ☐複数回の UPI  
☐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：