

## 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

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 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 :