

緊急避妊薬に関する情報提供書（医師→薬局薬剤師）

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

緊急避妊薬の調剤における薬剤師の対応手順

- ☐ ⑥処方箋及び情報提供文書の内容を確認する。
送信元が産婦人科以外の場合、処方医が研修を修了しているか確認する。
- ☐ ①患者がオンライン診療を受診した本人であることを確認する。
- ☐ ②患者の心理状態等に心を寄せて対応する。
- ☐ ③プライバシー空間の確保を心がける。
(場所(個室・パーティションの利用)、声の大きさ・トーンなど)
- ☐ ④調剤済みの薬剤と飲料水・紙コップなどを用意する。
- ☐ ⑤患者に禁忌を確認し、副作用などを説明する。
- ☐ ⑥患者が服用したことを確認する。
- ☐ ⑦処方医に薬局における対応内容について報告する。
- ☐ ⑧本手順書をチェックした上で、他の患者情報とともに保存する。

<⑤における説明内容>

- ☐ 服用後に嘔吐など副作用が起きた場合の対応を伝える。
- ☐ 約3週間後に産婦人科医による直接の対面診療を受診することを説明する。
※可能であれば、受診先医療機関を決めてもらう。
- ☐ 確実な避妊法について説明する。
- ☐ 何か質問があるかを聞き、適切に答える。

※対応した項目にチェックを付けること。

お薬情報提供文書（オンライン診療）

様式 3

〇〇 〇〇様

処方日： 年 月 日

緊急避妊用女性ホルモン剤

☐ ノルレボ錠1.5mg

医療機関名：

☐ レボノルゲストレル錠1.5mg「F」

医師氏名：

電話番号：

服用日時： 年 月 日

AM・PM 時 分

服用前の注意

☐ 次に該当する方は、この薬を服用することができません。（重篤な肝障害のある方、妊婦）

服用後の注意

- ☐ 一時的ですが気持ちが悪くなったり、吐いたりする場合があります。この薬を服用後2時間以内に吐いてしまった場合は、追加服用の必要があるかもしれないので、すぐに処方してもらった医師に相談してください。
- ☐ 頭痛、めまい、腹痛、倦怠感、眠くなるなどの症状があらわれることがあります。
- ☐ 月経のような出血や不正子宮出血があらわれることがあります。
- ☐ 月経周期や出血の状況（日数や量）に一時的な変化が見られることがあります。
- ☐ セイヨウオトギリソウ（セントジョーンズ・ワート）含有のサプリメントやハーブの摂取はしないように気をつけてください。
- ☐ この薬を服用しても、性感染症の予防にはなりません。心配な場合は医師に相談してください。
- ☐ この薬を服用しても、完全に妊娠が回避できるものではなく、妊娠・異常妊娠となる場合もあります。
- ☐ この薬の服用後も無防備な性交が行われた場合、妊娠する可能性が高まるので、妊娠を避けたいというのであれば、適切な避妊を行ってください。自分に合った避妊法については、医師または薬剤師に相談してください。

（授乳中の方のみ）

- ☐ この薬の成分は乳汁中に移行しますので、授乳中の方は、服用後少なくとも24時間は授乳しないでください。

この薬が本当に効いたかどうかは、服用後すぐにわかるわけではありません。

約3週間後に必ず産婦人科に受診して医師の診察を受けてください。

その際には、この【お薬情報提供文書】を持参してください。

「緊急避妊の対面診療が可能な

産婦人科医療機関等の一覧」

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000186912_00002.html

（厚生労働省ホームページ）



年 月 日

薬局名：

薬剤師氏名：

所在地：

電話番号：

緊急避妊薬に関する服薬情報提供書（薬局薬剤師→医師）

年 月 日

情報提供先

医療機関名： FAX 番号：

医師氏名： 様

患者氏名：	生年月日：	年	月	日（	歳）
【報告事項】					
☐ 服用日時： 年 月 日 AM・PM 時 分					
☐ 禁忌事項について確認した。					
☐ より確実な避妊法について適切に説明した。					
☐ 約3週間後に産婦人科医による直接の対面診療を受診することを説明した。					
☐ その他					
〔 〕					

対面診療を行う予定の医療機関名：

対面診療を行う予定の医師名：

藥局名：

薬剤師氏名：

所在地：

電話番号：

FAX 番号: