

ノルレボ服用前確認チェックシート<その1>

本剤は緊急避妊薬であり、性交後72時間以内に、販売店でノルレボの販売についての研修を修了した薬剤師（以下、研修修了薬剤師とします）から説明を受け、服用希望者本人が研修修了薬剤師から本剤1錠を購入し、研修修了薬剤師の面前で服用する必要があります。なお、服用希望者の状況によって、購入前に妊娠検査薬での検査が必要になる場合や、ノルレボの購入ができない場合があります。

理解した

販売店に行く前に、本剤を服用できる可能性があるかを確認するため、以下のフローチャートに従って☑してください。

※販売店でチェックすることも可能です。

チェック 1	<input type="checkbox"/> 服用希望者本人（女性）が来店し服用する <input type="checkbox"/> 性交後72時間以内である <small>[妊娠が心配な性交の日時]</small>	<input type="checkbox"/> 該当しない 項目がある		本剤を服用することはできません
	年 月 日 AM・PM 時 分頃			
<input type="checkbox"/> 2項目とも該当する				
チェック 2	<input type="checkbox"/> これまでに緊急避妊薬などのレボノルゲストレルを含む 医薬品を服用してアレルギー症状が出たことがある	<input type="checkbox"/> 該当する		
<input type="checkbox"/> 該当しない				
チェック 3	<input type="checkbox"/> 「肝臓病」の診断を受けている <input type="checkbox"/> 現在、妊娠している	<input type="checkbox"/> 該当する 項目がある		
<input type="checkbox"/> 該当する項目がない				
ノルレボを服用できる可能性があります				
<p><input type="checkbox"/> 本剤は、服用希望者本人が販売店に行き、服用前の確認を研修修了薬剤師と行い、服用が可能であると判断された場合は、本剤1錠を購入し研修修了薬剤師の面前で服用していただきます。</p> <p>※チェックシート<その2>の記入が必要です。記入をお願いいたします。</p> <p><input type="checkbox"/> 販売店検索等により、最寄りの店舗を確認し、必要に応じ事前に販売店に電話で連絡をし、来店してください。来店時に記入済みの本チェックシート及びチェックシート<その2>を持参していただくことで、販売店でのステップが省略できます。</p> <p>※https://map2.daiichisankyo-hc.co.jp/</p>				
<input type="checkbox"/> 上記の説明を理解した				

●医療機関の検索は[こちら](https://medicop.lnln.jp/clinic)

婦人科・産婦人科施設検索は、ウィメンズヘルスケアサービス「ルナルナ」が運用管理しています。
また、「ルナルナ」アプリ内からもご利用いただけます。



<https://medicop.lnln.jp/clinic>

●ワンストップ支援センターでのご相談が可能です。

※ワンストップ支援センターは、性犯罪・性暴力に関する相談窓口です。
産婦人科医療やカウンセリング、法律相談などの専門機関とも連携しています。

全国共通の電話番号、又はホームページに記載の最寄りのワンストップ支援センターの電話番号にお電話ください。

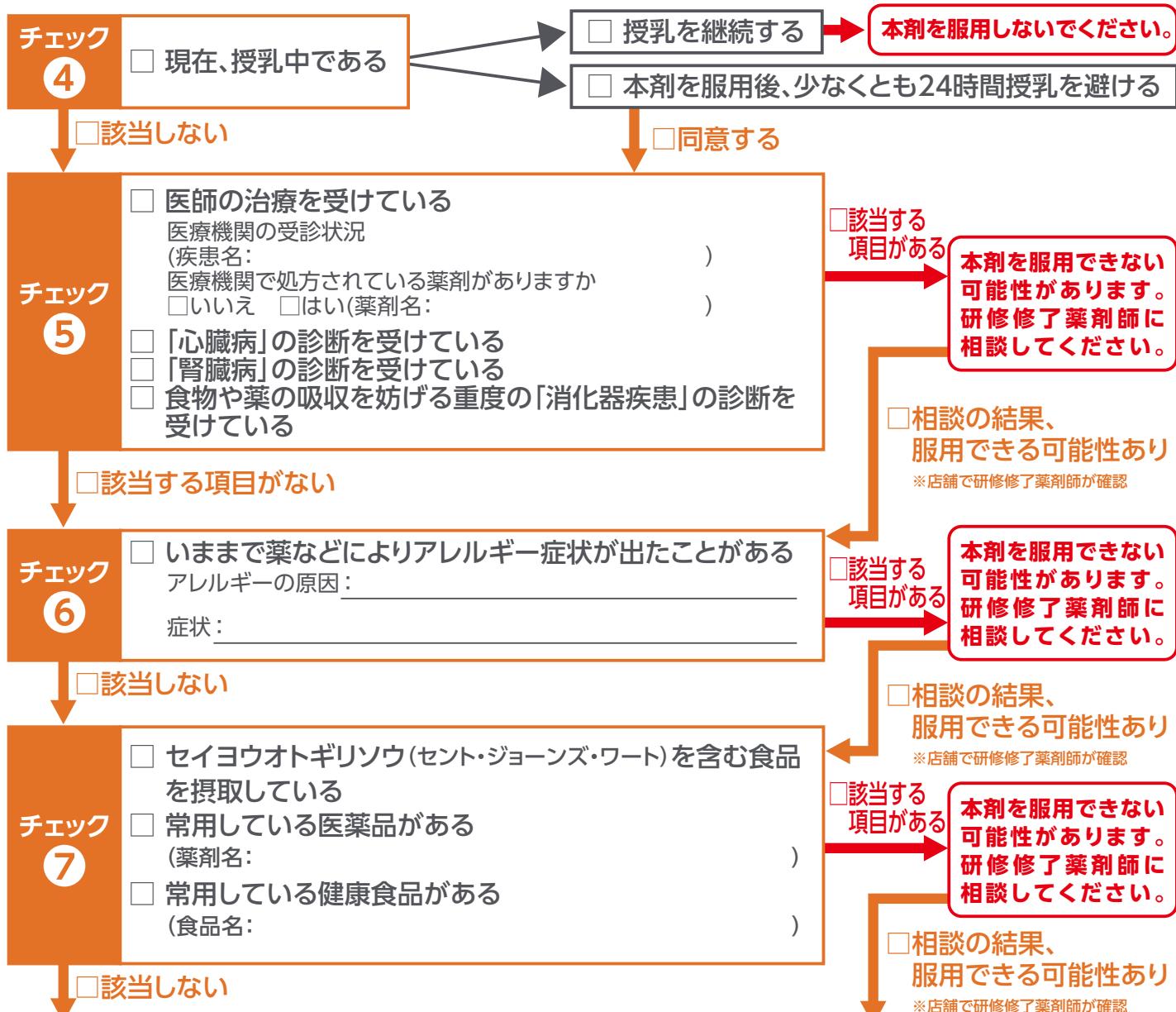
電話番号
#8891



https://www.gender.go.jp/policy/no_violence/seibouryoku/consult.html

ノルレボ服用前確認チェックシート<その2>

購入される前に、本剤を服用できるかを確認するため、以下のフローチャートに従ってチェックしてください。



ノルレボを服用できる可能性があります。以下の記入をお願いします

直近の月経(生理)について	●月経(生理)周期 <input type="checkbox"/> 整()日 <input type="checkbox"/> 不整(およそ)日～()日 <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 出産や流産、中絶後で月経(生理)が再開していない
	●直近の月経(生理)の開始日 年 月 日 <input type="checkbox"/> わからない
	●出血量と期間について、通常の月経(生理)と比較して <input type="checkbox"/> 出血量が(少なかった・多かった) <input type="checkbox"/> 月経(生理)期間が(短かった・長かった) <input type="checkbox"/> 変わらない ※()内は該当する方に○を付ける
これまでの性交について	●3週間以上前に性交が <input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった *直近の月経(生理)のひとつ前の月経(生理)よりも前の性交は含みません ●3週間以内に、今回の性交以外の性交が <input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった ●直近の月経(生理)以降、今回よりも前に妊娠が心配な性交が <input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった
	●16歳未満である <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
その他	●緊急避妊薬を使用したことはありますか <input type="checkbox"/> はい [服用回数()回、直近の服用時期(年 月頃)] <input type="checkbox"/> いいえ ●3週間後、日本に居住又は滞在していますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (その他に気になることがあればご記入ください)