

[OTC 医薬品販売時確認シート]

※【指定濫用防止医薬品】の記載は、法令上の必須事項であることを示す。

※リスク区分や法令の定め等に関わらず、医薬品の適正使用のためには、購入者・使用者情報を確認の上で販売する必要がある。

-
- ☐ 購入者が使用者本人か否か
 - ☐ 年齢
 - ☐ 購入者が 18 歳以上／未満 を確認
 - ☐ 18 歳未満である場合、複数個・大容量の販売は不可
 - ☐ 18 歳以上であっても、複数個・大容量の販売は、理由を確認し、適正な使用を確保できないと認められる場合は販売しない
 - ☐ 他の薬剤又は医薬品の使用の状況
 - ☐ 性別
 - ☐ 症状
 - ☐ 当該症状での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の有無・病名
 - ☐ 妊娠の有無・週数
 - ☐ 授乳の有無
 - ☐ 当該医薬品に係る購入、譲受けまたは使用経験の有無
 - ☐ 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（有：症状・時期・薬名称・成分・服用量や服用状況）
 - ☐ その他確認が必要な事項

■指定濫用防止医薬品は、リスク区分に関わらず以下についても確認の上販売すること。

- ☐ 購入しようとする者等が 18 歳未満である場合は当該者の氏名
- ☐ 購入しようとする者等の当該指定濫用防止医薬品及びその他の指定濫用防止医薬品の購入又は譲受けの状況
- ☐ 指定濫用防止医薬品の適正な使用のために必要と認められる数量として厚生労働大臣が定める数量を超えて購入し、又は譲り受けようとする場合はその理由
- ☐ 適正な使用を目的とする購入又は譲受けであることを確認するために必要な事項
- ☐ その他指定濫用防止医薬品に係る情報の提供を行うために確認が必要な事項

-
- ☐ 情報提供内容の理解及び質問の有無の確認

医薬品販売記録

◇指定濫用防止医薬品は、頻回購入・多量購入の防止対応のため、法令上の定めに関わらず記録を行うこととする。

(記載日より2年間保存)

販売した製品※	☐ 第二類 ☐ 第三類 ☐ 指定濫用防止医薬品に該当 製品名（ ） 当該製品の使用経験 ☐ 無 ・ ☐ 有（いつごろ）
販売個数※	個
販売日時※	年 月 日（ ） 時 分ごろ
販売、情報提供・指導を行った者の氏名	登録販売者氏名（薬剤師氏名）
情報提供の理解の確認※	☐ 理解したことを確認済

その他特記事項 (指定濫用防止医薬品頻回 購入等防止のため)	● 購入者の年齢確認方法 ☐身分証確認 ☐自己申告等 () ● 購入者の特徴、他薬局・店舗での指定濫用防止医薬品の購入状況等
---	--

◇以下については、法令上記録必須事項ではないが、可能な限り医薬品の適正使用のために記録する。

購入者氏名	☐ 使用者本人	年齢 ()	男・女	連絡先	携帯電話等
使用者氏名	購入者と使用者が異なる場合	年齢 ()	男・女	連絡先	携帯電話等

使用者の基礎情報の確認	症 状	【主症状】
		【随伴症状・いつごろから・程度等】
		医師又は歯科医師への受診 ☐ 受診なし ・ ☐ 受診あり（傷病名：
	お薬手帳	☐ 持っていない・ ☐ 持っている（持参・持参なし）
	医薬品・健康食品等の使用	☐ 使用なし ・ ☐ 使用あり（併用：
	既往歴	☐ なし ・ ☐ あり（
	副作用歴	☐ なし ・ ☐ あり（
	アレルギー	☐ なし ・ ☐ あり（
妊娠・授乳	☐ 妊娠していない ・ ☐ 妊娠している（	
		☐ 授乳していない ・ ☐ 授乳している