

清水が丘調剤薬局 医薬品販売記録

◇薬局医薬品・要指導医薬品・第一類医薬品は、法令上、販売記録が必須。

◇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。

※印：法令上記録必須事項【薬局医薬品・要指導医薬品・第1類医薬品】（記載日より2年間保存）

販売した製品※	<input type="checkbox"/> 薬局医薬品 <input type="checkbox"/> 薬局製剤 <input type="checkbox"/> 要指導医薬品 <input type="checkbox"/> 第一類 <input type="checkbox"/> 第二類 <input type="checkbox"/> 第三類 <input type="checkbox"/> 指定濫用防止医薬品に該当 製品名 () 当該製品の使用経験 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 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	薬剤師氏名※ (登録販売者氏名)
情報提供の理解の確認※	<input type="checkbox"/> 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)	<ul style="list-style-type: none"> ● 購入者の年齢確認方法 <input type="checkbox"/>身分証確認 <input type="checkbox"/>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	<input type="checkbox"/> 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】
	お薬手帳	医師又は歯科医師への受診 <input type="checkbox"/> 受診なし ・ <input type="checkbox"/> 受診あり (傷病名 :)
	医薬品・健康食品等の使用	<input type="checkbox"/> 使用なし ・ <input type="checkbox"/> 使用あり (併用 :)
	既往歴	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり ()
	副作用歴	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり ()
	アレルギー	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり ()
	妊娠・授乳	<input type="checkbox"/> 妊娠していない ・ <input type="checkbox"/> 妊娠している (週目) <input type="checkbox"/> 授乳していない ・ <input type="checkbox"/> 授乳している