

販売・購入にあたっての事前質問票（令和6年度版）

記入日時 西暦\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 AM・PM\_\_\_\_時\_\_\_\_分

ID 

--	--	--	--	--	--	--	--

緊急避妊薬を安全にお使いいただくために、ご記入をお願いしています。ご記入いただいた情報は、厚生労働省の事業で実施する「緊急避妊薬販売に係る環境整備のための調査研究」における緊急避妊薬の販売の可否の判断に使用させていただきます。なお、状況に応じて、あなたの同意を得たうえで連携産婦人科、ワンストップ支援センターに情報提供させていただくことがあります。

(ふりがな) お名前	生年月日 年 月 日 歳	<input type="checkbox"/> 研究の説明を理解し、参加することに同意済みなら✓を記入
購入希望者が16-17歳の場合 (ふりがな) 保護者等の方のお名前	続柄	<input type="checkbox"/> 研究の説明を理解し、参加することに同意済みなら✓を記入
連絡先（電話番号、Eメールアドレス、住所のうち、いずれかを記入してください）		

あてはまるものにチェック☑をいれていただくか、必要な情報をご記入ください。ご記入後、薬剤師にご提出ください。

1. 妊娠が心配な性交(セックス)の日時 西暦____年____月____日 AM・PM____時____分ころ
2. 妊娠が心配な理由 (あてはまるものすべて) 避妊の状況 : <input type="checkbox"/> 経口避妊薬(低用量ピル)の飲み忘れ <input type="checkbox"/> コンドームの脱落または破損 <input type="checkbox"/> コンドームの不適切使用(途中からの装着、抜去時の不備) <input type="checkbox"/> 避妊しなかった <input type="checkbox"/> その他_____ <input type="checkbox"/> 答えたくない 同意のない性交 : <input type="checkbox"/> あてはまらない <input type="checkbox"/> あてはまる <input type="checkbox"/> 答えたくない
3. 生理(月経)の状況について教えてください。 通常周期(生理開始日から次の生理開始日までの日数) : <input type="checkbox"/> 整(____日)、 <input type="checkbox"/> 不整(およそ____日~____日) 最終の生理の開始日 : 西暦____年____月____日 最終の生理の量と持続期間: <input type="checkbox"/> 通常どおり <input type="checkbox"/> 血量が通常より少なかった <input type="checkbox"/> 持続期間が通常より短かった 出産後、流産・中絶後の場合 : <input type="checkbox"/> 月経が再開していない
4. 以下の期間に性交がありましたか。 3週間以上前(最終の生理のひとつ前の生理よりも前のものは含みません) : <input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった 3週間以内(1で記載した今回の性交は含みません) : <input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった 最終の生理後に、1で記載した以外にも妊娠が心配になる性交がありましたか。 : <input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった
5. 身体状況について、あてはまるものをすべて選んでください。 <input type="checkbox"/> 肝臓の病気がある <input type="checkbox"/> 心臓の病気がある(又は過去に治療を受けたことがある) <input type="checkbox"/> 妊娠している <input type="checkbox"/> 腎臓の病気がある(又は過去に治療を受けたことがある) <input type="checkbox"/> 経口避妊薬で過敏症を起こしたことがある <input type="checkbox"/> 授乳中である <input type="checkbox"/> 重い消化管障害(消化管からの吸収が悪い状態など)がある
6. これまでに医薬品や食品で、体調が悪くなったことはありますか(アレルギーなど)。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(具体的に_____)
7. 現在、服用している医薬品、摂取している健康食品はありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(具体的に_____) → おくすり手帳をお持ちでしたら、薬剤師にご提示ください。
8. 現在、以下のような症状はありますか。 <input type="checkbox"/> いずれもない <input type="checkbox"/> 下腹部の痛み <input type="checkbox"/> 不正出血 <input type="checkbox"/> おりものの異常(匂い、色、量、性状など) <input type="checkbox"/> 性感染症の不安
9. 避妊のために低用量ピルを服用したことはありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 医薬品名: _____ 直近の服用期間(西暦____年____月____日 ~ ____年____月____日・現在)
10. 緊急避妊をおこなったことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 緊急避妊薬の服用あり 過去の服用回数____回 直近の服用時期 西暦____年____月____日 <input type="checkbox"/> 緊急避妊リングの経験あり <input type="checkbox"/> その他(具体的に_____) <input type="checkbox"/> 答えたくない
11. 妊娠・出産歴についてお書きください。 妊娠____回 出産____回 <input type="checkbox"/> 答えたくない
12. 産婦人科を受診したことはありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 答えたくない