

第1類医薬品 販売時確認シート

【お客様記入欄①】

全てにあてはまる方は使用できます	<input type="checkbox"/> 4歳以上である。 <input type="checkbox"/> ブクブクうがいができる。 <input type="checkbox"/> 本剤又は本剤の成分によるアレルギー症状を起こしたことがない。 <input type="checkbox"/> 1本でも自然歯(ご自身の乳歯や永久歯)がある。
------------------	---

【お客様記入欄②】※氏名・連絡先は必要に応じて記入 (第1類医薬品販売時の確認)

購入者氏名	(歳)	性別	男・女
		連絡先	
症状	むし歯様症状: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(歯が痛む・しみるなど) その他の症状: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(症状:)		
医薬品の副作用等によると疑われる疾病にかかったことがあるか	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(症状・時期・医薬品の名称・有効成分・使用量と使用状況について記載ください。) ()		
他に使用している医薬品や健康食品等はあるか	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(医薬品や健康食品等の名称を記載ください。) ()		
医師又は歯科医師の診断を受けているか	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(診断内容:)		
現在かかっている他の疾病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()		
妊娠・授乳	妊娠: <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当(週数:) 授乳: <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当		

【販売店記入欄】

販売した製品	製品名: <input type="checkbox"/> エフコート (フルーツ香味) / <input type="checkbox"/> エフコート メディカルクール香味 当該製品の使用経験 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
販売個数	エフコート(フルーツ香味): 個 エフコート メディカルクール香味: 個
販売日時	年 月 日() 時 分ごろ
販売、情報提供した薬剤師氏名	
情報提供の理解の確認	<input type="checkbox"/> 情報提供内容を理解したことの確認