

OTC医薬品販売時のカウンセリングシート

株式会社東京マキア 2024.11.27作成

①薬の使用者	薬が必要な方はどなたですか？	(本人 ・ 本人以外)
②年齢	現在、おいくつですか？	(才)
③性別	薬を使用する方の性別を教えてください。	
④症状	どのような症状がありますか？	
	【症状が複数ある場合】 特につらい症状はありますか？	
	症状はいつからありますか？	
⑤原因	【感染症が疑われる場合】 周囲に同じ症状の人はいますか？ 海外渡航歴などはありますか？	
	【感染症以外の場合】 思い当たる原因はありますか？	
⑥持病	ご持病はありますか？	(ある ・ ない)
	【ご持病がある場合】 病名を教えてください。	
⑦服用中の薬	現在、服用中の薬などがありますか？ (医療用医薬品、市販薬、健康食品を含む)	(ある ・ ない)
	【服用中の薬などがある場合】 商品名や成分名を教えてください。	
⑧妊娠 ※女性のみ	妊娠中ですか？	(妊娠中 ・ 妊娠の可能性がある ・ 妊娠していない)
	【妊娠中の場合】 妊娠週数を教えてください。	妊娠 週
⑨授乳 ※女性のみ	授乳中ですか？	(授乳中 ・ 授乳中ではない)
⑩副作用歴	これまでに医薬品で副作用が出たことはありますか？	(ある ・ ない)
	【副作用の経験がある場合】 その商品名や成分名を教えてください。	
⑪ご要望	商品を選ぶにあたり、何かご要望はありますか？ (例:眠気の出やすい薬の使用可否など)	
⑫その他	その他、必要事項	

商品の情報提供

①商品の特徴	成分、効能効果、剤形、服用回数、眠気の有無など、その商品をおすすめするポイント
②用法用量	1回〇錠、1日〇回、〇時間おきに服用、服用のタイミング(食前、食間、食後、就寝前など)
③副作用	✓ 抗ヒスタミン成分:眠気など ✓ 抗コリン成分:口の渇き、目のかすみ、異常なまぶしさなど
④使用上の注意	✓ してはいけないこと:守らないと症状が悪化する事項、副作用または事故などが起こりやすくなる事項 ✓ 相談すること:その医薬品の使用の適否について、医師、薬剤師、登録販売者への相談が必要な事項
⑤その他	服用中の尿や便の色の変化、症状が改善しなかった場合の対処法、生活習慣のアドバイスや養生法