

**要指導医薬品** プロトンポンプ阻害胃腸薬 オメプラールS チェックシート（案）

このチェックシートは、お客様が本剤の使用が適正か確認するためのものです。本剤を購入する前に以下のチェック項目をご確認ください。

- 本剤は、胃酸の分泌を抑えるオメプラゾールを有効成分とするプロトンポンプ阻害胃腸薬です。胃痛、胸やけ、もたれの症状を改善します。

次の質問に「はい」「いいえ」でお答えください。（該当するチェック欄に☑を記入してください）

Q1	次のいずれかの症状はありますか？ 胃痛 胸やけ もたれ	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	 本剤を服用できません。 医師又は薬剤師にご相談ください。
「いいえ」				

↓ 「はい」

Q2	本剤又は本剤の成分によりアレルギー症状を起こしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	 本剤を服用できません。 医師又は薬剤師にご相談ください。
Q3	次の医薬品を服用していますか？ アタザナビル硫酸塩 リルピピリン塩酸塩 他の胃腸薬	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
Q4	他のプロトンポンプ阻害薬の使用期間も合わせて2週間続けて服用していますか？（重大な消化器疾患を見逃さずおそれがありますので、医師の診察を受けてください）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	

↓ ひとつでも「はい」

↓ 全て「いいえ」

Q5	医師の治療を受けていますか、また、次の医薬品の服用や食品を摂取していますか？ ジアゼパム フェニトイン シロスタゾール ワルファリン タクロリムス水和物 メトトレキサート ジゴキシン メチルジゴキシン イトラコナゾール ゲフィチニブ エルロチニブ ポリコナゾール ネルフィナビルメシル酸塩 クロピドグレル硫酸塩 セイヨウオトギリソウ含有食品	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	 本剤を服用できない場合があるため、医師又は薬剤師にご相談ください。
Q6	妊婦又は妊娠している可能性はありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
Q7	授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
Q8	高齢者ですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
Q9	薬などによりアレルギー症状を起こしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
Q10	次の診断を受けましたか？ 肝臓病、胃・十二指腸潰瘍	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
Q11	次の症状がありますか？ 原因不明の体重減少、持続性の胃痛・腹痛	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	

↓ ひとつでも「はい」

↓ 全て「いいえ」

↓ 相談した結果、服用可能

薬剤師から説明を受け、添付文書及び情報提供資料をよく読んだ上で本剤を服用してください。  
 本剤を服用する場合は定められた用法・用量及び次のことを厳守してください。

- ・3日間服用しても症状がよくなる場合は服用を中止し、添付文書を持って医師又は薬剤師に相談してください。
- ・症状が改善しても2週間を超えて続けて服用しないでください。