

別添

基礎疾患のある妊産婦等への妊娠と薬に関する  
相談支援実施票

(元号) 年 月 日

拠点病院名称及び所在地  
担当者氏名

医療機関記入欄（担当者が記入すること）

(ふりがな) 相談者氏名	
相談年月日	年 月 日
相談者の住所	
相談概要	<input type="checkbox"/> 基礎疾患のある患者の、内服薬の変更の相談 <input type="checkbox"/> 女性（妊娠前・妊娠中・授乳中） <input type="checkbox"/> 男性  <input type="checkbox"/> 妊娠中に処方された薬について、内服可否の相談  <input type="checkbox"/> 妊娠中に禁忌薬を内服してしまった場合の、胎児への影響についての相談  <input type="checkbox"/> そのほか ( )
領収金額 (相談者の窓口支払分)	円