

ナシビンメディ

適正使用のためのセルフチェックシート

① 次の質問で一つでも「はい」に該当する方は、
本剤を使用することができません。

Q1	鼻づまりの症状がない。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
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る。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
Q3	モノアミン酸化酵素阻害剤等を服用している。 ※モノアミン酸化酵素阻害作用等を有する医薬品は以下のようなものがあり、いずれもパーキンソン病の治療に用いられます。また、ゾニサミドはてんかんの治療にも用いられます。 ●セレギリン塩酸塩 ●ゾニサミド ●エンタカボン	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
Q4	15歳未満である。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
Q5	本剤と一緒に、他の鼻炎用点鼻薬を使用したい。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
Q6	本剤を、既に連続して1週間を超えて使用している。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

上記の質問でいずれも「いいえ」に該当する方

② 次の質問に一つでも「はい」に該当する方は、
本剤を使用できない場合がありますので、
医師または薬剤師にご相談ください。

Q1	医師の治療を受けている。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
Q2	現在、妊娠している又は妊娠している可能性がある。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
Q3	薬などによりアレルギー症状を起こしたことがある。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
Q4	次の診断を受けた。 高血圧、心臓病、糖尿病、甲状腺機能障害、緑内障	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

上記の質問でいずれも「いいえ」に該当する方

ナシビンメディ

を使用できます。

この医薬品は、薬剤師から説明を受け、
「使用上の注意」をよく読んでお使いください。



第1類医薬品