

本剤は軽度の静脈還流障害による足のむくみ、むくみに伴う足の不快な症状を改善するお薬です。

チェックシート

本剤を購入したことはありますか？

2回目以降の方

↓ 初めの方

前回服用時に副作用がなかったかを確認し、異常がなかった場合はご購入いただけます。ただし、4週間位服用しても効果がない場合や、効果があっても12週間を超えて服用する場合は医師、薬剤師又は登録販売者にご相談ください。

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）。

(1) 次のいずれかに当てはまりますか？

- 足（ふくらはぎ、足首など）にむくみがある。
（運動不足や、立ったまま・座ったままの姿勢を続けること等によって生じる足のむくみ。）
- むくみに伴い足に生じる下記の症状が1つ以上ある。
だるさ、重さ、疲れ、つっぱり感、痛み

☐ いいえ

本剤は適しておりませんので服用いただけません。

☐ はい

(2) 次のいずれかに当てはまりますか？

以下の症状又は疾患は、本剤の適応ではありません。

- 足以外にむくみ、又は全身にむくみがある。
- 次の診断を受けたことがある。
心臓病、肝臓病、高血圧、腎臓病、糖尿病、甲状腺機能障害、動脈硬化症
（心臓病では息切れ、動悸、倦怠感、肝臓病では倦怠感、黄疸、腎臓病では尿量減少、血尿、
甲状腺機能障害では倦怠感、貧血の症状等がみられます。）
- 乳癌、子宮癌等の手術（リンパ節切除）や放射線治療を受けたことがある。

☐ はい

本剤は服用いただけません。また、他の疾患の可能性があるので、医療機関を受診してください。

☐ いいえ

(3) 次のいずれかに当てはまりますか？

以下の症状は、本剤の適応ではありません。

- 足に激しい痛み、出血、色素沈着、びらんがある。
- 足の皮膚が褐色調に変化したり、硬くなっている。

☐ はい

本剤は服用いただけません。また、症状が進行している可能性があるので、医療機関を受診してください。

☐ いいえ

(4) 次のいずれかに当てはまりますか？

- 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。
- 18歳未満である。
- 抗血小板剤（アスピリン、チクロピジン塩酸塩等）、抗凝血剤（ワルファリン、ヘパリン等）、血栓溶解剤（ウロキナーゼ等）で治療を受けている。

☐ はい

本剤は服用いただけません。

☐ いいえ

(5) 次のいずれかに当てはまりますか？

- 医師の治療を受けている。
- 高齢者。
- 妊婦又は妊娠していると思われる。
- 授乳中である。
- 薬などによりアレルギー症状を起こしたことがある。
- 次の症状がある。
息切れ、動悸、倦怠感、黄疸、尿量減少、血尿、貧血

☐ はい

服用する前に医師、薬剤師又は登録販売者にご相談ください。

☐ いいえ

☐上記(1)の「はい」のチェック欄に☑が、(2)～(5)の「いいえ」のチェック欄に☑が記入されている。

(1) のチェック欄に「はい」、(2)～(5) のチェック欄に「いいえ」をチェックされた方は、「使用者向け情報提供資料」及び「使用上の注意」をよく読んで上でご購入してください。

また、本剤を服用している間は、アスピリンを含有するなぜ薬・解熱鎮痛薬を服用しないでください。本剤以外にも、医療機関での治療、歩く等の生活習慣の改善、弾性ストッキングの着用等の選択肢もあります。なお、本剤は足のむくみの原因自体を治療するわけではありません。4週間位服用しても効果がない場合は医師、薬剤師又は登録販売者にご相談ください。



ゼリア新薬
ZERIA