

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

初めての方

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りますので、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りますので、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(フルファリン、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。
- 妊娠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」をよく読んだ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かぜ薬・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。

