



■ お申し込みの流れ

STEP 1

ログイン

案内文などで事前にご連絡したIDとパスワードを入力し、**共通IDログイン**を押します。

※個人IDログインの場合は下記画面となります。

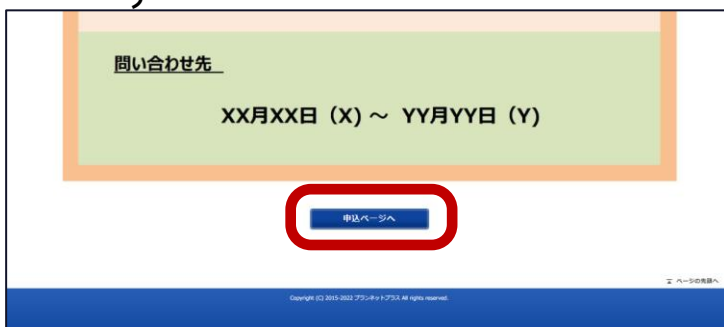
STEP 2

ご案内

ご案内ページで締切日、支払い方法などを確認します。



画面省略



ご案内ページの内容確認後、ページ上部または下部の

申込ページへ

で次に進みます。

STEP 3

商品ラインナップ

商品ラインナップから商品を選択します。



ご入用の商品を繰り返しカートに入れます。

カートへ進む

で次に進みます。

数量を設定し、ボタンを押します。

STEP 4

現在のカートの中

① 申込商品の金額、数量を確認します。

現在のカートの中									
削除	品番	商品写真	商品名	特納品	リスク分類	規格容量	単価価格	数量	金額
削除	1		パルスα錠	特納品	第2類医薬品	45錠	100円	1	100円
削除	2		肺がん予防剤	特納品	第2類医薬品	30錠	100円	1	100円
削除	14		冷却シート<大人用>			18枚	285円	1	285円
								小計	485円
								ご請求額	485円

② 注意喚起と利用規約をよくお読みいただき、「同意する」にチェックを入れて、

申込手続きへを押します。

注意喚起

以下の申し込み時の注意事項を必ず申し込み前にお読みください。

第1 医薬品を購入される方へ

第2類医薬品（指定第2類医薬品）は小児や妊婦、高齢者、病気で治療を受けている方など、服用者の状態によって重篤な副作用が生じる可能性があり、注意を要する医薬品として指定されたものです。

利用規約

規約には本サービスをご利用になる皆様（以下、「申込者」といいます。）の権利と義務が規定されております。
利用規約を読む。

第1条（申込者）

1. 「申込者」とは、当社が定める手続に従い本規約に同意の上、商品の申し込みを行う方とします。

☒ **同意する**

上記内容をご確認の上、ご同意いただける場合「同意する」にチェックを入れて、「申込手続きへ」を押してください。

☐ 同意する

※「同意する」にチェックをつけ手続きを進めた場合、上記についてすべて同意したとみなします。

注文を続ける

申込手続きへ

STEP 4

現在のカートの中 (指定濫用防止医薬品が含まれる場合)

申込商品の中に指定濫用防止医薬品が含まれる場合は指定濫用防止医薬品を購入時の確認に回答してください。

指定濫用防止医薬品を購入時の確認

※品番270はお薬の販売に関する法律（薬機法）により、下記事項に回答していただいたお客様への販売とさせていただきます。

- ・ご回答の内容によっては、ご購入いただけませんので予めご了承ください。
- ・購入者の年齢が18才以上であること、最近、他の薬局・薬店などで同様の商品を購入していないこと、および適正な使用を目的とした購入であることを条件とします。
- ・OTC医薬品の適正使用のお願い
医薬品には、健康被害を避けて有効に使用していただくために用法・用量などの使用方法が定められています。用法・用量を超えて服用すると、重大な健康被害につながるおそれがあります。
適正な使用方法でOTC医薬品を有効に活用し、ご家族皆様のセルフメディケーションにお役立てください。
参考：日本OTC医薬品協会「OTC医薬品の適正販売及び適正使用のお願い」より
- ・指定濫用防止医薬品に関する相談窓口
当社薬剤師又は登録販売者への相談窓口は「医薬品販売業者」又は「薬機法に関する表記」にある店舗連絡先までご相談ください。

指定濫用防止医薬品を実際に使用される方の人数を選択してください。

名で使用する

指定濫用防止医薬品を使用する方の全員のお名前を入力してください

質問1：ご購入者は18才以上ですか？

☐ はい ☐ いいえ

質問2：他の同等薬を使用していますか？

☐ はい ☐ いいえ

質問3：同時期に同等薬を他店で購入していますか？

☐ はい ☐ いいえ

質問4：同時期に同等薬を多量・頻回購入していますか？

☐ はい ☐ いいえ

質問5：定められた適切な効能効果・用法用量を守って使用しますか？

☐ はい ☐ いいえ

質問6：定期的(3ヶ月に1回程度)に使用状況等を確認していただけますか？

☐ はい ☐ いいえ

指定濫用防止医薬品を実際に使用される方の人数を選択してください。

名で使用する

指定濫用防止医薬品を使用する方の全員のお名前を入力してください

質問1：ご購入者は18才以上ですか？

☐ はい ☒ いいえ

※申し訳ございません。指定濫用防止医薬品を購入いただけません。

質問2：他の同等薬を使用していますか？

☒ はい ☐ いいえ

質問3：同時期に同等薬を他店で購入していますか？

☒ はい ☐ いいえ

質問4：同時期に同等薬を多量・頻回購入していますか？

☒ はい ☐ いいえ

質問5：定められた適切な効能効果・用法用量を守って使用しますか？

☒ はい ☐ いいえ

質問6：定期的(3ヶ月に1回程度)に使用状況等を確認していただけますか？

☒ はい ☐ いいえ

「いいえ」の回答があると購入はできません。

STEP 4

現在のカートの中 (指定濫用防止医薬品が複数含まれる場合)

指定濫用防止医薬品を複数個購入する場合は実際に使用される方全員のお名前を入力してください。

※下記例の場合指定濫用防止医薬品を3個カートにいれているため3名分のお名前の入力が必要となります。

指定濫用防止医薬品を購入時の確認

※品番270はお薬の販売に関する法律（薬機法）により、下記事項に回答していただいたお客様への販売とさせていただきます。

- ・ご回答の内容によっては、ご購入いただけませんので予めご了承ください。
- ・購入者の年齢が18才以上であること、最近、他の薬局・薬店などで同様の商品を購入していないこと、および適正な使用を目的とした購入であることを条件とします。
- ・OTC医薬品の適正使用のお願い
医薬品には、健康被害を避けて有効に使用していただくために用法・用量などの使用方法が定められています。用法・用量を超えて服用すると、重大な健康被害につながるおそれがあります。
適正な使用方法でOTC医薬品を有効に活用し、ご家族皆様のセルフメディケーションにお役立てください。
参考：日本OTC医薬品協会「OTC医薬品の適正販売及び適正使用のお願い」より
- ・指定濫用防止医薬品に関する相談窓口
当社薬剤師又は登録販売者への相談窓口は「医薬品販売業者」又は「[薬機法に関する表記](#)」にある店舗連絡先までご相談ください。

指定濫用防止医薬品を実際に使用される方の人数を選択してください。

☒ 3名で使用する

指定濫用防止医薬品を使用する方全員のお名前を入力してください

1: 姓 名
2: 姓 名
3: 姓 名

質問1: ご購入者様は18才以上ですか？

☐ はい ☐ いいえ

質問2: 他の同等薬を使用していますか？

☐ はい ☐ いいえ

質問3: 同時期に同等薬を他店で購入していませんか？

☐ はい ☐ いいえ

質問4: 同時期に同等薬を多量・頻回購入していませんか？

☐ はい ☐ いいえ

質問5: 定められた適切な効能効果・用法用量を守って使用しますか？

☐ はい ☐ いいえ

質問6: 定期的(3ヶ月に1回程度)に使用状況等を確認していただけますか？

☐ はい ☐ いいえ



STEP 5

申込者情報入力

- ① お申し込みされるご本人様の情報を入力します。

お客様情報	
(国内のみです。海外へのお届けはできません)	
お名前 ※必須	姓 デモ 名 サイト
お名前(フリガナ) ※必須	セイ デモ メイ サイト
メールアドレス	 入力された方には受付完了メールが届きます。確認のため2度入力してください。
郵便番号 ※必須	〒 110 - 0015 自動住所入力 郵便番号を入力後、押してください。
住所 ※必須	東京都 ▼ 台東区東上野 市町村・町名・番地(例: 千代田区神田神保町1番地) マンション・部屋番号(例: 千代田マンション 403号室) マンション名・部屋番号は必ず入力してください。
電話番号 ※必須	090 - 1234 - 5678 ※日中ご連絡可能な電話番号、もしくは携帯電話番号を入力してください。

- ② お支払方法を選択します。

注意

お支払方法	
※必須	
☐ 郵便・コンビニ振込	
☐ クレジットカード	
    	

* 支払方法の選択は、所属されている組合様によってはご利用を制限している場合があります。

- ③ 全ての項目が入力できたら、

次へ

を押します。

内容をご確認頂き、宜しければ「次へ」ボタンを押してください。

戻る

次へ



入力内容のご確認

お申込み内容の最終確認となります。
確認ができましたら、

申込を確定する

を押します。

入力内容のご確認

申込はまだ終わっておりません。

変更が必要な場合は、変更頂き、宜しければ「申込を確定する」ボタンを押してください。

戻る

申込を確定する

ご注文内容

品番	商品写真	商品名	特納品	リスク分類	規格容量	単価価格	数量	金額
1		パフD>So錠	特納品	第2類医薬品	45錠	100円	1	100円
2		ルカビパD>So錠	特納品	第2類医薬品	30錠	100円	1	100円
14		冷却シート<大人用>			18枚	285円	1	285円
							小計	485円
							ご請求額	485円

数量を変更または削除する

お客様情報

お名前	デモ サイト
お名前 (フリガナ)	デモ サイト
メールアドレス	
郵便番号	〒 110-0015
住所	東京都台東区東上野
電話番号	090-1234-5678

お客様情報を変更する

お支払方法

郵便・コンビニ振込

申込はまだ終わっておりません。

変更が必要な場合は、変更頂き、宜しければ「申込を確定する」ボタンを押してください。

戻る

申込を確定する

STEP 5

ご注文完了

申込内容の印刷・保存 を押し、「申込内容確認書」を印刷もしくは保存して下さい。

ご注文完了

ご注文ありがとうございます。
申込手続きが完了いたしました。

申込番号 : 2002-0000015

申込日時 : 2020/02/05 10:03

「申込内容の印刷・保存」ボタンを押して申込内容の印刷または保存を必ず行ってください。

お問合せの際必要となりますので申込番号を控えていただくか、印刷して大切に保管してください。

「申込内容の印刷・保存」ボタンを押していただくとご注文内容をPDFファイルにてご確認いただけます。

申込内容の印刷・保存

お問合せ先はこちら

ログアウト



以上でお申込み完了です。

お問い合わせは白石薬品まで
お問い合わせ : 072-940-7085