

登録番号							記入日	年	月	日
							生年月日	明・大・昭・平	年	月

◆以下の設問について、当該調査票の **前回提出から今回提出まで** の状況についてお答えください。

チェックは該当する に のようにペンにて記入し、間違った場合には を記入してください。

1. サリドマイド製剤(サリド[®]カプセル)の管理状況についてお聞きします。

1-① カプセルシートから取出し別の容器で保管したことがありましたか。	<input type="checkbox"/> あった	<input type="checkbox"/> なかった
1-② 専用の場所に保管せずに放置したことがありましたか。	<input type="checkbox"/> あった	<input type="checkbox"/> なかった
1-③ 子供の手の届くような場所に保管したことがありましたか。	<input type="checkbox"/> あった	<input type="checkbox"/> なかった
1-④ 紛失しましたか。	<input type="checkbox"/> 紛失した	<input type="checkbox"/> 紛失しなかった
1-⑤ 他人に譲渡しましたか。	<input type="checkbox"/> 譲渡した	<input type="checkbox"/> 譲渡しなかった
1-⑥ 廃棄しましたか。	<input type="checkbox"/> 廃棄した	<input type="checkbox"/> 廃棄しなかった
一つでも『あった』あるいは『した』とお答えになった場合、その経緯や理由等を【6.自由記入欄】へご記入ください。		

2. 服用状況についてお聞きします。

2-① 飲み忘れがありましたか。	<input type="checkbox"/> 飲み忘れあり	<input type="checkbox"/> 飲み忘れなし
⇒『飲み忘れあり』とお答えになった場合、カプセルシートにお薬を残した状態で受診時にご持参ください。		
2-② カプセルシートへの服用状況の記入もれがありましたか。	<input type="checkbox"/> 記入もれあり	<input type="checkbox"/> 記入もれなし
⇒『記入もれあり』とお答えになった場合、記入もれを記載してから受診してください。		

※カプセルシートは空であっても受診ごとに必ず持参し、処方医師、薬剤師へご提示ください。

3. 性交渉についてお聞きします。

3-① コンドームを使用せずに性交渉を行いましたか。	<input type="checkbox"/> 行った	<input type="checkbox"/> 行っていない
3-② 妊婦と性交渉を行いましたか。	<input type="checkbox"/> 行った	<input type="checkbox"/> 行っていない
一つでも『行った』とお答えになった場合、そのことを処方医師へ連絡されましたか。		
⇒『いいえ』とお答えになった場合、直ちに処方医師へご連絡ください。		

4. パートナーについて以下に該当することがありましたか。

4-① パートナーはいますが妊娠はしていません。または、パートナーはいません。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
『いいえ』とお答えになった場合、そのことを処方医師へ連絡されましたか。		
⇒『いいえ』とお答えになった場合、直ちに処方医師へご連絡ください。		

5. あなたの薬剤管理者についてお聞きします。

5-① 薬剤管理者の変更がありましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⇒『はい』とお答えになった場合、処方医師まで薬剤管理者が変更になったことを伝えてください。		

6. 自由記入欄

お困りのこと(薬を管理する上での不都合等)、ご意見、ご要望等をご自由にご記入ください。

〔記入欄〕

この用紙は、医師又は薬剤師には見せずに、診察日の前日までに下記へ FAX してください。

前日までに FAX できなかった場合は、当日の診察までに FAX してください。

FAX：0120-007-121(藤本製薬株式会社 TERMS 管理センター)

この書類が誤送信されてきた場合はお手数をお掛けしますが速やかに破棄してください。

女性患者B

診察前調査票

登録番号								記入日	年	月	日
								生年月日	明・大・昭・平	年	月

◆以下の設問について、当該調査票の 前回提出から今回提出まで の状況についてお答えください。

チェックは該当する に のようにペンにて記入し、間違った場合には を記入してください。

1. サリドマイド製剤(サルド[®]カプセル)の管理状況についてお聞きします。

1-①カプセルシートから取出し別の容器で保管したことがありましたか。	<input type="checkbox"/> あった	<input type="checkbox"/> なかった
1-②専用の場所に保管せずに放置したことがありましたか	<input type="checkbox"/> あった	<input type="checkbox"/> なかった
1-③子供の手の届くような場所に保管したことがありましたか。	<input type="checkbox"/> あった	<input type="checkbox"/> なかった
1-④紛失しましたか。	<input type="checkbox"/> 紛失した	<input type="checkbox"/> 紛失しなかった
1-⑤他人に譲渡しましたか。	<input type="checkbox"/> 譲渡した	<input type="checkbox"/> 譲渡しなかった
1-⑥廃棄しましたか。	<input type="checkbox"/> 廃棄した	<input type="checkbox"/> 廃棄しなかった
一つでも『あった』あるいは『した』とお答えになった場合は、その経緯や理由等を【4.自由記入欄】へご記入ください。		

2. 服用状況についてお聞きします。

2-① 飲み忘れがありましたか。	<input type="checkbox"/> 飲み忘れあり	<input type="checkbox"/> 飲み忘れなし
⇒『飲み忘れあり』とお答えになった場合、カプセルシートにお薬を残した状態で受診時にご持参ください。		
2-② カプセルシートへの服用状況の記入もれがありましたか。	<input type="checkbox"/> 記入もれあり	<input type="checkbox"/> 記入もれなし
⇒『記入もれあり』とお答えになった場合、記入もれを記載してから受診してください。		

※カプセルシートは空であっても受診ごとに必ず持参し、処方医師、薬剤師へご提示ください。

3. あなたの薬剤管理者についてお聞きします。

3-① 薬剤管理者の変更がありましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⇒『はい』とお答えになった場合、処方医師まで薬剤管理者が変更になったことを伝えてください。		

4. 自由記入欄

お困りのこと(薬を管理する上での不都合等)、ご意見、ご要望等をご自由にご記入ください。

〔記入欄〕

この用紙は、医師又は薬剤師には見せずに、診察日の前日までに下記へFAXしてください。

前日までにFAXできなかった場合は、当日の診察までにFAXしてください。

FAX：0120-007-121 (藤本製薬株式会社 TERMS 管理センター)

この書類が誤送信されてきた場合はお手数をお掛けしますが速やかに破棄してください。

女性患者C

診察前調査票

登録番号								記入日	年	月	日
								生年月日	明・大・昭・平	年	月

◆以下の設問について、当該調査票の **前回提出から今回提出まで** の状況についてお答えください。

チェックは該当する に のようにペンにて記入し、間違った場合には を記入してください。

1. サリドマイド製剤(サレド[®]カプセル)の管理状況についてお聞きします。

1-① カプセルシートから取出し別の容器で保管したことがありましたか。	<input type="checkbox"/> あった	<input type="checkbox"/> なかった
1-② 専用の場所に保管せずに放置したことがありましたか。	<input type="checkbox"/> あった	<input type="checkbox"/> なかった
1-③ 子供の手の届くような場所に保管したことがありましたか。	<input type="checkbox"/> あった	<input type="checkbox"/> なかった
1-④ 紛失しましたか。	<input type="checkbox"/> 紛失した	<input type="checkbox"/> 紛失しなかった
1-⑤ 他人に譲渡しましたか。	<input type="checkbox"/> 譲渡した	<input type="checkbox"/> 譲渡しなかった
1-⑥ 廃棄しましたか。	<input type="checkbox"/> 廃棄した	<input type="checkbox"/> 廃棄しなかった
一つでも『あった』あるいは『した』とお答えになった場合、その経緯や理由を【5.自由記入欄】へご記入ください。		

2. 服用状況についてお聞きします。

2-① 飲み忘れがありましたか。	<input type="checkbox"/> 飲み忘れあり	<input type="checkbox"/> 飲み忘れなし
⇒『飲み忘れあり』とお答えになった場合、カプセルシートにお薬を残した状態で受診時にご持参ください。		
2-② カプセルシートへの服用状況の記入もれがありましたか。	<input type="checkbox"/> 記入もれあり	<input type="checkbox"/> 記入もれなし
⇒『記入もれあり』とお答えになった場合、記入もれを記載してから受診してください。		

※カプセルシートは空であっても受診ごとに必ず持参し、処方医師、薬剤師へご提示ください。

3. 性交渉について以下に該当することがありましたか。

3-① 性交渉を行わなかった。または、規定された避妊方法を実施しました。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
『いいえ』とお答えになった場合、そのことを処方医師へ連絡されましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⇒『いいえ』とお答えになった場合は、直ちに処方医師へご連絡ください。		

4. あなたの薬剤管理者についてお聞きします。

4-① 薬剤管理者の変更がありましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⇒『はい』とお答えになった場合、処方医師まで薬剤管理者が変更になったことを伝えてください。		

5. 自由記入欄

お困りのこと(薬を管理する上での不都合等)、ご意見、ご要望等をご自由にご記入ください。

(記入欄)

この用紙は、医師又は薬剤師には見せずに、診察日の前日までに下記へ FAX してください。

前日までに FAX できなかった場合は、当日の診察までに FAX してください。

FAX : 0120-007-121 (藤本製薬株式会社 TERMS 管理センター)

この書類が誤送信されてきた場合はお手数をお掛けしますが速やかに破棄してください。

遵守状況等確認票(A)

男性患者

チェックは該当する に のようにペンにて記入し、間違った場合には を記入してください。

注意事項

	医師	患者
1	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

確認事項

	医師	患者
5 妊婦	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった
6 妊娠回避	<input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 行った	<input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 行った
7 妊娠	<input type="checkbox"/> 妊娠していない <input type="checkbox"/> 妊娠した	<input type="checkbox"/> 妊娠していない <input type="checkbox"/> 妊娠した
8 精子 精液	<input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 行った	<input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 行った
9 共有 譲渡 廃棄	<input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 行った	<input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 行った
10 関係者	<input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 変更あり	<input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 変更あり

【処方医師記入欄】

上記の事項等を確認しました

記入日 2 0 年 月 日

処方医師
署名

処方医師
登録番号

未服用薬数量

Cap

紛失数量#

Cap

紛失があった場合
薬剤部(科)にて紛失届を作成
してください

必要数量

Cap/日 ×

日

今回処方数量

Cap

【患者さん記入欄】

治療に関する同意説明の内容を理解し、同意いたします
上記の事項等を確認しました

患者署名

患者
登録番号

注意事項

1	本剤の主成分であるサリドマイドは胎児の発育に影響するため、定められた期間中は妊娠回避が必要なことを知っていますか。
2	本剤治療中は性交渉を避けるか、性交渉をする場合にはコンドームを使用しなければならないこと、また、本剤による治療を中止しても、その後 8 週間は妊娠回避を続けなければならないことを知っていますか。
3	パートナーが、妊娠するかもしれない場合は直ちに処方医師に連絡することを知っていますか。
4	本剤治療中および中止後 8 週間は精子・精液の提供ができないことを知っていますか。

確認事項（確認期間：前回診察日～今回診察日）

5	（初回処方時不要）（2 回目処方時の確認期間：本剤服用開始時～今回診察日） 確認期間中に妊娠している女性と性交渉がありましたか。
6	（初回処方時不要）（2 回目処方時の確認期間：本剤服用開始時～今回診察日） コンドームを使用せずに性交渉を行いましたか。
7	（初回処方時不要） パートナーが、確認期間中に妊娠しましたか。
8	（初回処方時不要）（2 回目処方時の確認期間：本剤服用開始時～今回診察日） 確認期間中に精子・精液を提供しましたか。
9	（初回処方時不要） 確認期間中に本剤を他人と共有した、譲った、または廃棄しましたか。 （不要になった本剤は捨てずに薬剤師に届けてください。）
10	薬剤管理者を変更しましたか。 （変更になる予定がある場合には、処方医師に申し出てその指示に従ってください。）

遵守状況等確認票(A)

女性患者 B

チェックは該当する に のようにペンにて記入し、間違った場合には を記入してください。

注意事項

	医師	患者
1	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

確認事項

	医師	患者
3 授乳	<input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 行った	<input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 行った
4 共有 譲渡 廃棄	<input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 行った	<input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 行った
5 関係者	<input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 変更あり	<input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 変更あり

<p>【処方医師記入欄】</p> <p>上記の事項等を確認しました</p>	記入日	2	0	年	月	日	
	処方医師 署名						
	処方医師 登録番号						
	未服用薬数量			Cap	紛失数量 [#]		Cap
必要数量		Cap/日 ×		日	今回処方数量	Cap	
# 紛失があった場合 薬剤部(科)にて紛失届を作成 してください							
<p>【患者さん記入欄】</p> <p>治療に関する同意説明の内容を理解し、同意いたします 上記の事項等を確認しました</p>							
患者署名						患者 登録番号	

注) 薬剤部(科): この用紙を切り離して、お預かりください。後日 MR が回収させていただきます。

注意事項

1	本剤の主成分であるサリドマイドは胎児の発育に影響することを知っていますか。
2	本剤治療中および中止後 8 週間は授乳ができないことを知っていますか。

確認事項（確認期間：前回診察日～今回診察日）

3	（初回処方時不要）（2 回目処方時の確認期間：本剤服用開始時～今回診察日） 確認期間中に授乳をしましたか。
4	（初回処方時不要） 確認期間中に本剤を他人と共有した、譲った、または廃棄しましたか。 （不要になった本剤は捨てずに薬剤師に届けてください。）
5	薬剤管理者を変更しましたか。 （変更になる予定がある場合には、処方医師に申し出てその指示に従ってください。）

遵守状況等確認票(A)

女性患者 C

チェックは該当する に のようにペンにて記入し、間違った場合には を記入してください。

注意事項

	医師	患者
1	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

確認事項

	医師	患者
6 妊娠 回避	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7 妊娠	<input type="checkbox"/> 陰性だった <input type="checkbox"/> 陰性でなかった	<input type="checkbox"/> 陰性だった <input type="checkbox"/> 陰性でなかった
8 授乳	<input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 行った	<input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 行った
9 共有 譲渡 廃棄	<input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 行った	<input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 行った
10 関係者	<input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 変更あり	<input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 変更あり

【処方医師記入欄】 上記の事項等を確認しました		記入日	2	0	年	月	日
		処方医師 署名					
		処方医師 登録番号					
未服用薬数量		Cap	紛失数量#		Cap	# 紛失があった場合 薬剤部(科)にて紛失届を作成 してください	
必要数量	Cap/日 ×	日	今回処方数量		Cap		
【患者さん記入欄】 治療に関する同意説明の内容を理解し、同意いたします 上記の事項等を確認しました							
患者署名				患者 登録番号			

注) 薬剤部(科): この用紙を切り離して、お預かりください。後日 MR が回収させていただきます。

注意事項

1	本剤の主成分であるサリドマイドは胎児の発育に影響するため、定められた期間中に妊娠回避が必要なことを知っていますか。
2	本剤治療中は異性との性交渉を避けるか、性交渉をする場合には安全管理手順に規定された1種類ずつの避妊方法を男女がそれぞれ同時に実施しなければならないこと、また、本剤による治療を中止しても、その後8週間は妊娠回避を続けなければならないことを知っていますか。
3	治療期間中は2週間ごと、治療中止後は4週間後と8週間後に妊娠検査を受けなければならないことを知っていますか。
4	妊娠するかもしれない場合は直ちに本剤の服用は中止し、処方医師に連絡することを知っていますか。
5	本剤治療中および中止後8週間は授乳ができないことを知っていますか。

確認事項（確認期間：前回診察日～今回診察日）

6	確認期間中に性交渉を行わなかった。または規定された避妊方法を実施しましたか。
7	本日病院内で行った妊娠検査の結果は、陰性でしたか。（尿検査：50 IU/Lの感度以上）
8	（初回処方時不要）（2回目処方時の確認期間：本剤服用開始時～今回診察日） 確認期間中に授乳をしましたか。
9	（初回処方時不要） 確認期間中に本剤を他人と共有した、譲った、または廃棄しましたか。 （不要になった本剤は捨てずに薬剤師に届けてください。）
10	薬剤管理者を変更しましたか。 （変更になる予定がある場合には、処方医師に申し出てその指示に従ってください。）

FAX : 0120-007-121

遵守状況等確認票(B)

男性患者

女性患者 B

処方 下記処方内容につき受理いたしました。		記入日	2	0	年		月		日
患者登録番号		処方医師登録番号							
必要数量		Cap/日 ×	日	未服用薬数量	Cap	今回処方数量	Cap	紛失数量	Cap
		処方医師							

注意事項

	薬剤師	患者
1	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

確認事項

	薬剤師	患者
4	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題があったので指導を行った	<input type="checkbox"/> 保管していた <input type="checkbox"/> 問題があったので説明を受けて理解した
5	<input type="checkbox"/> 紛失なし <input type="checkbox"/> 紛失あり	<input type="checkbox"/> 紛失なし <input type="checkbox"/> 紛失あり
6	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題があったので指導を行った	<input type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 問題があったので説明を受けて理解した

チェックは該当する に のようにペンにて記入し、間違った場合には を記入してください。

【薬剤師記入欄】

上記の事項等を確認しました

記入日 2 0 年 月 日

薬剤師署名

新規必要数量 Cap

未服用薬数量 Cap

責任薬剤師登録番号

【患者さん記入欄】

上記の事項等を確認しました

患者署名 **裏面にご記入ください**

患者登録番号

注意事項

1	本剤の主成分であるサリドマイドは胎児に重大な障害の発生、または死産する危険性があるため、定められた期間中は妊娠回避が必要なことを知っていますか。
2	本剤を共有・譲渡・廃棄できないことを知っていますか。
3	毎回カプセルシートはそのまま持参する必要があることを知っていますか。

確認事項（確認期間：前回診察日～今回診察日）

4	（初回調剤時不要） 他のお薬や飲食物とは別にして、子供の手の届かない専用の場所に保管していましたか。
5	（初回調剤時不要） 確認期間中に本剤の紛失はありましたか。 （紛失した場合は、『サリドマイド製剤（ サレド[®] カプセル）紛失等の届出書』を作成してください。）
6	カプセルシートの使用方法について理解していますか。

FAX : 0120-007-121

遵守状況等確認票(B)

女性患者 C

処方 下記処方内容につき受理いたしました。		記入日	2	0	年		月		日
患者登録番号		処方医師登録番号		処方医師					
必要数量	Cap/日 ×	日	未服用薬数量	Cap	今回処方数量	Cap	紛失数量	Cap	

注意事項

	薬剤師	患者
1	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

チェックは該当する に のようにペンにて記入し、間違った場合には を記入してください。

確認事項

	薬剤師	患者
4	<input type="checkbox"/> 陰性だった <input type="checkbox"/> 陰性でなかった	<input type="checkbox"/> 陰性だった <input type="checkbox"/> 陰性でなかった
5	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題があったので指導を行った	<input type="checkbox"/> 保管していた <input type="checkbox"/> 問題があったので説明を受けて理解した
6	<input type="checkbox"/> 紛失なし <input type="checkbox"/> 紛失あり	<input type="checkbox"/> 紛失なし <input type="checkbox"/> 紛失あり
7	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題があったので指導を行った	<input type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 問題があったので説明を受けて理解した

【薬剤師記入欄】

上記の事項等を確認しました

記入日 2 0 年 月 日

薬剤師署名

新規必要数量

Cap

未服用薬数量

Cap

責任薬剤師
登録番号

【患者さん記入欄】

上記の事項等を確認しました

患者署名

裏面にご記入ください

患者
登録番号

注意事項

1	本剤の主成分であるサリドマイドは胎児に重大な障害の発生、または死産する危険性があるため、定められた期間中は妊娠回避が必要なことを知っていますか。
2	本剤を共有・譲渡・廃棄できないことを知っていますか。
3	毎回カプセルシートはそのまま持参する必要があることを知っていますか。

確認事項（確認期間：前回診察日～今回診察日）

4	本日病院内で行った妊娠検査の結果は、陰性でしたか。（尿検査：50 IU/L の感度以上）
5	（初回調剤時不要） 他のお薬や飲食物とは別にして、子供の手の届かない専用の場所に保管していましたか。
6	（初回調剤時不要） 確認期間中に本剤の紛失はありましたか。 （紛失した場合は、『サリドマイド製剤（ サルド [®] カプセル）紛失等の届出書』を作成してください。）
7	カプセルシートの使用方法について理解していますか。

責任薬剤師登録番号

--	--	--	--	--	--	--	--

様

遵守状況等確認票 (C)

下記調剤の可否は以下のとおりです。

処方医師登録番号											
患者登録番号											
確認日	2	0			年			月			日
調剤カプセル数					Cap						
調剤の可否			可	否							

〔調剤可の場合〕

上記調剤の情報を登録しました。

〔調剤否の場合〕

以下の問題点に対応願います。

問題点：

この書類が誤送信されてきた場合はお手数をお掛けしますが速やかに破棄してください。

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター へ

遵守状況等確認票(中止後確認)

男性患者

チェックは該当する に のようにペンにて記入し、間違った場合には を記入してください。

確認事項

	医師	患者
1 妊婦	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった
2 妊娠回避	<input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 行った	<input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 行った
3 妊娠	<input type="checkbox"/> 妊娠していない <input type="checkbox"/> 妊娠した	<input type="checkbox"/> 妊娠していない <input type="checkbox"/> 妊娠した
4 精子精液	<input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 行った	<input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 行った

【処方医師記入欄】

上記の事項を確認しました

記入日 2 0 年 月 日

処方医師
署名

処方医師
登録番号

【患者さん記入欄】

上記の事項を確認しました

患者署名

患者
登録番号

注) 薬剤部(科): この用紙を切り離して、お預かりください。後日 MR が回収させていただきます。

服用中止8週間後に遵守状況等の確認を行います。

服用中止後の遵守状況等の確認は、お薬を受け取った病院で行います。

確認事項

1	確認期間中に妊娠している女性と性交渉がありましたか。
2	コンドームを使用せずに性交渉を行いましたか。
3	パートナーが、確認期間中に妊娠しましたか。
4	確認期間中に精子・精液を提供しましたか。

服用中止8週間後の確認期間：服用中止日～今回診察日

藤本製薬控

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター へ

遵守状況等確認票(中止後確認)

女性患者 B

チェックは該当する に のようにペンにて記入し、間違った場合には を記入してください。

確認事項

	医師	患者
1	<input type="checkbox"/> 行っていない	<input type="checkbox"/> 行っていない
授乳	行った <input type="checkbox"/>	行った <input type="checkbox"/>

【処方医師記入欄】

上記の事項を確認しました

記入日 2 0 年 月 日

処方医師
署名

処方医師
登録番号

【患者さん記入欄】

上記の事項を確認しました

患者署名

患者
登録番号

注) 薬剤部(科): この用紙を切り離して、お預かりください。後日 MR が回収させていただきます。

服用中止8週間後に遵守状況等の確認を行います。

服用中止後の遵守状況等の確認は、お薬を受け取った病院で行います。

確認事項

1	確認期間中に授乳をしましたか。
---	-----------------

服用中止8週間後の確認期間:服用中止日～今回診察日

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター へて

藤本製薬控

遵守状況等確認票(中止後確認)

女性患者 C

チェックは該当する に のようにペンにて記入し、間違っただけには を記入してください。

確認事項

	医師	患者
1 妊娠 回避	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2 妊娠	<input type="checkbox"/> 陰性だった <input type="checkbox"/> 陰性でなかった	<input type="checkbox"/> 陰性だった <input type="checkbox"/> 陰性でなかった
3 授乳	<input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 行った	<input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 行った

【処方医師記入欄】 上記の事項を確認しました		記入日 2 0 年 月 日
		中止後 <input type="checkbox"/> 4 週間後 <input type="checkbox"/> 8 週間後
処方医師 署名		処方医師 登録番号
【患者さん記入欄】 上記の事項を確認しました		
患者署名		患者 登録番号

注) 薬剤部(科): この用紙を切り離して、お預かりください。後日 MR が回収させていただきます。

服用中止4週間後・8週間後に遵守状況等の確認を行います。

服用中止後の遵守状況等の確認は、お薬を受け取った病院で行います。

確認事項

1	確認期間中に性交渉を行わなかった。または規定された避妊方法を実施しましたか。
2	本日病院内で行った妊娠検査の結果は、陰性でしたか。(尿検査:50 IU/Lの感度以上)
3	確認期間中に授乳をしましたか。

服用中止4週間後の確認期間:服用中止日～今回診察日

服用中止8週間後の確認期間:前回診察日～今回診察日

サ リ ド マ イ ド 製 剤 譲 受 書

譲受年月日： 年 月 日

譲 受 人

施 設 所 在 地：

施 設 名：

施設責任者氏名：

㊟

担 当 者 氏 名：

㊟

譲 渡 人				
品 名	容 量	個 数	数 量	備 考
サリドマイド製剤 (サレド [®] カプセル 100)				

サ リ ド マ イ ド 製 剤 譲 渡 書

譲渡年月日： 年 月 日

譲 渡 人

施 設 所 在 地：

施 設 名：

施設責任者氏名：

①

担 当 者 氏 名：

①

譲 受 人				
品 名	容 量	個 数	数 量	備 考
サリドマイド製剤 (サレドTMカプセル 100)				

サリドマイド製剤（サレド[®]カプセル100）出納表（責任薬剤師）

No. _____

医療機関名							
責任薬剤師名		責任薬剤師 登録番号					

日付 (年月日)	受入数量	払出数量	在庫数量	払出先(患者登録番号) (下3桁でも可)	払出担当者	備考
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			

注) 1箇月に1回、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センター (0120-007-121) まで出納表を FAX 又は MR へお渡しください。

※MR へ提出する場合は、出納表(写)をご提供ください。

サリドマイド製剤（**サレド[®]カプセル100**）出納表（特約店責任薬剤師）

特約店名														
特約店責任薬剤師名				特約店責任薬剤師登録番号										

Lot 番号					本様式は Lot 番号ごとに使用して下さい。
日付	受入数量	払出数量	在庫数量	払出先（医療機関名）	
年 月 日	Cap	Cap	Cap		
年 月 日	Cap	Cap	Cap		
年 月 日	Cap	Cap	Cap		
年 月 日	Cap	Cap	Cap		
年 月 日	Cap	Cap	Cap		
年 月 日	Cap	Cap	Cap		
年 月 日	Cap	Cap	Cap		
年 月 日	Cap	Cap	Cap		

注) 同一 Lot の薬剤が在庫数量 0Cap になるまで、1 箇月に 1 回、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センター（0120-007-121）へ FAX してください。

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

サリドマイド製剤（**サレド[®]カプセル**）不要薬受領書

施設名		
	責任薬剤師登録番号	<input type="text"/>
不要薬返却者	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 薬剤管理者	
	患者登録番号	<input type="text"/>
不要薬受領日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	
不要薬数量	Cap	
不要となった理由	<input type="checkbox"/> 本剤服用中止 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
藤本製薬 MR 不要薬受領者		
藤本製薬 MR 不要薬受領日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター へ

記入日 年 月 日

サリドマイド製剤（**サレド[®]カパセル**）紛失等の届出書

下記サリドマイド製剤の紛失等につき届出します。

届出者	<input type="checkbox"/> 責任薬剤師登録番号 <table border="1" data-bbox="563 647 1023 719"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> 特約店責任薬剤師登録番号 <table border="1" data-bbox="563 779 1222 851"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																														
施設名																															
紛失者	<input type="checkbox"/> 医療機関関係者 <input type="checkbox"/> 特約店関係者 <input type="checkbox"/> 患者又は患者関係者 患者登録番号 <table border="1" data-bbox="563 1189 1094 1261"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																														
紛失日	年 月 日																														
紛失数	Cap																														
紛失状況																															

注) 本様式の記載後は、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センター (0120-007-121) へ FAX してください。

原本は後日 MR が回収いたします。

この書類が誤送信されてきた場合はお手数をお掛けしますが速やかに破棄してください。