

変更前 (Ver.1.0)

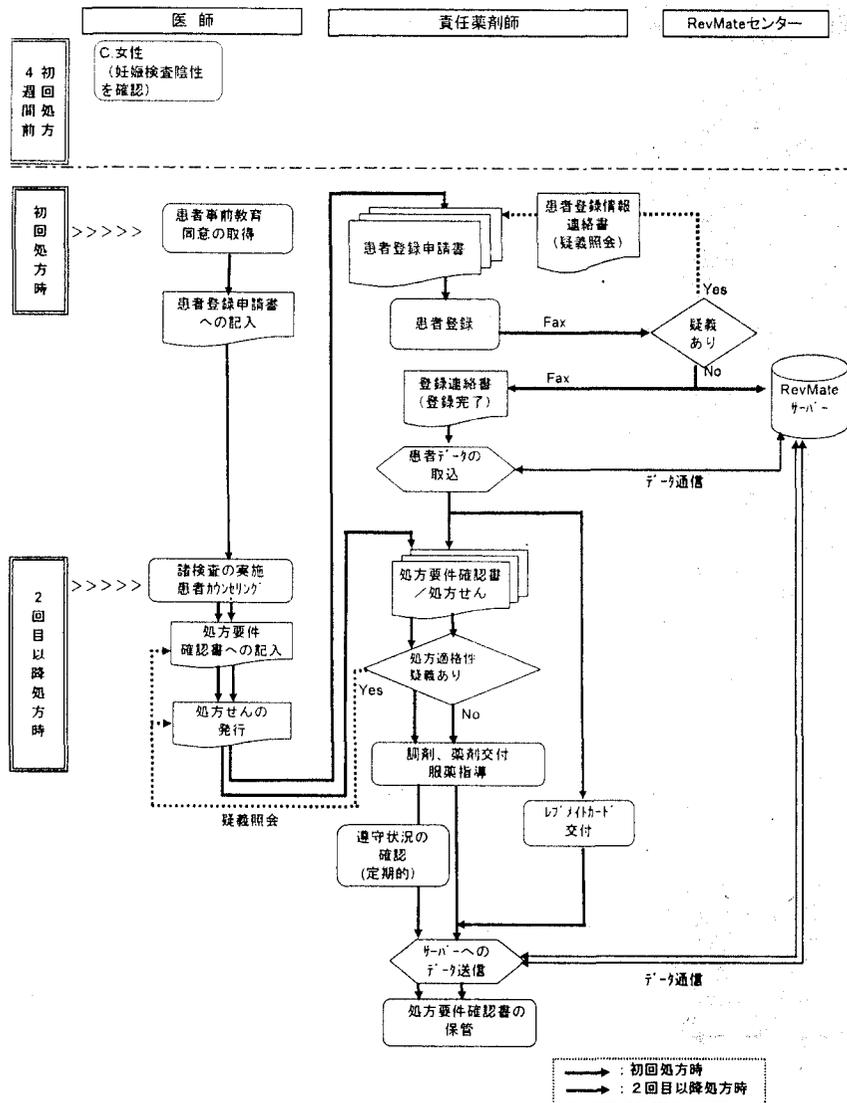


図2-1. 処方・調剤の概要 (1)

変更案(Ver.2.0)

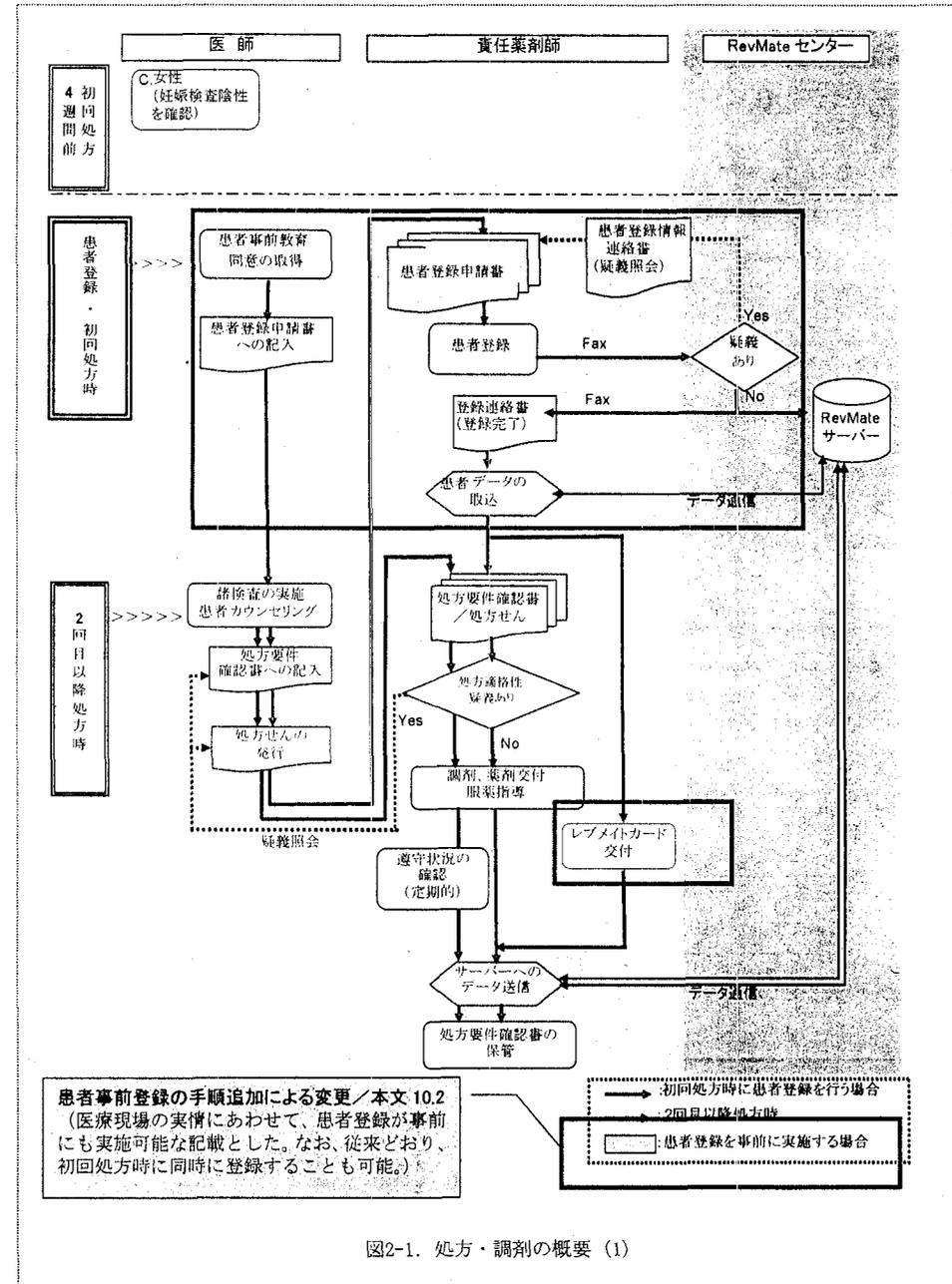


図2-1. 処方・調剤の概要 (1)

変更前 (Ver.1.0)

変更案(Ver.2.0)

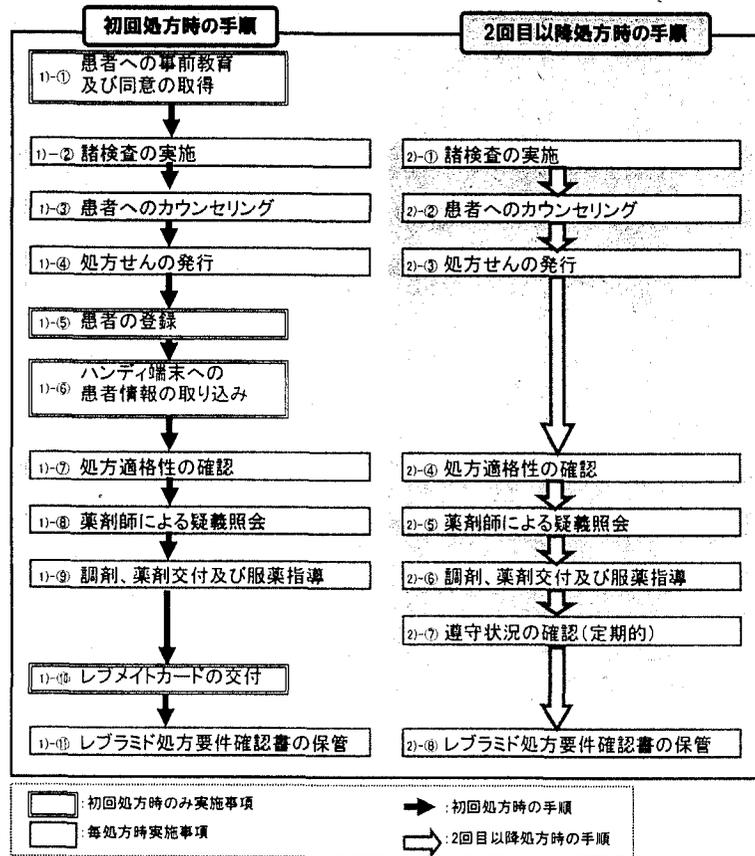


図2-2. 処方・調剤の概要 (2)

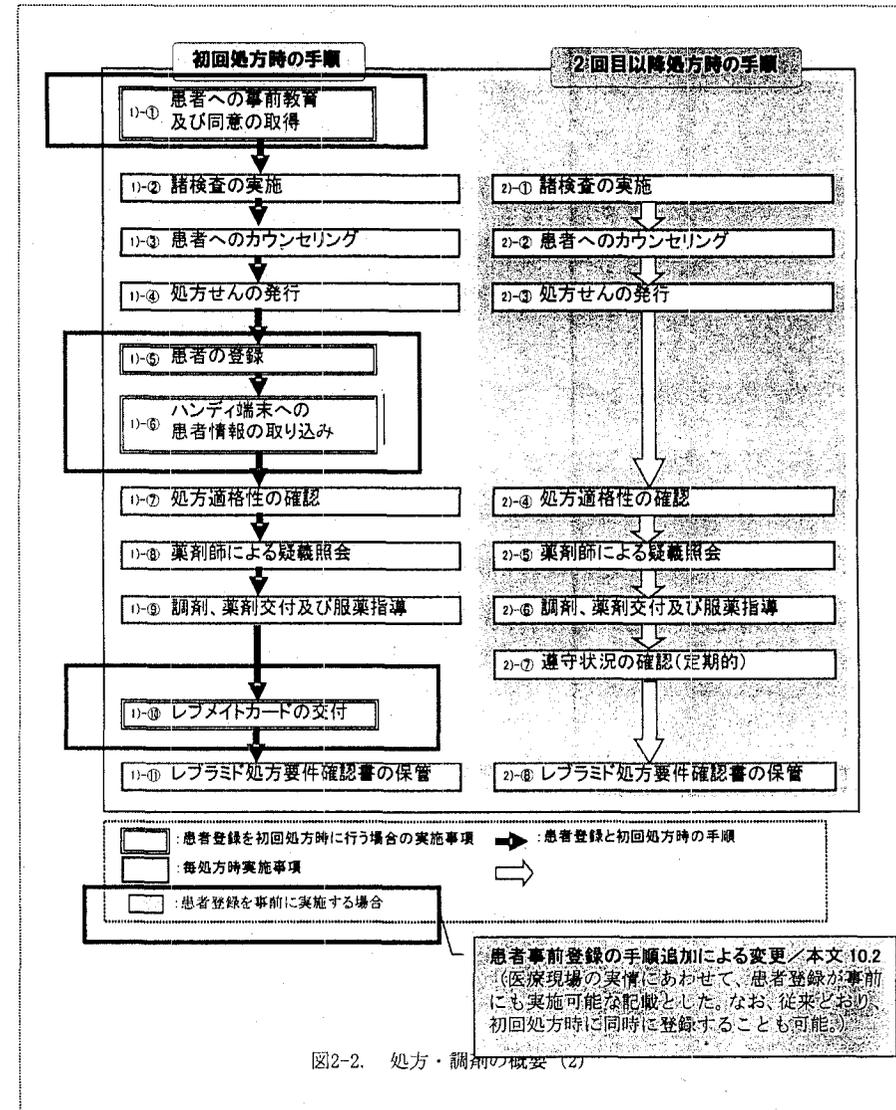


図2-2. 処方・調剤の概要 (2)

変更前 (Ver.1.0)

変更案(Ver.2.0)

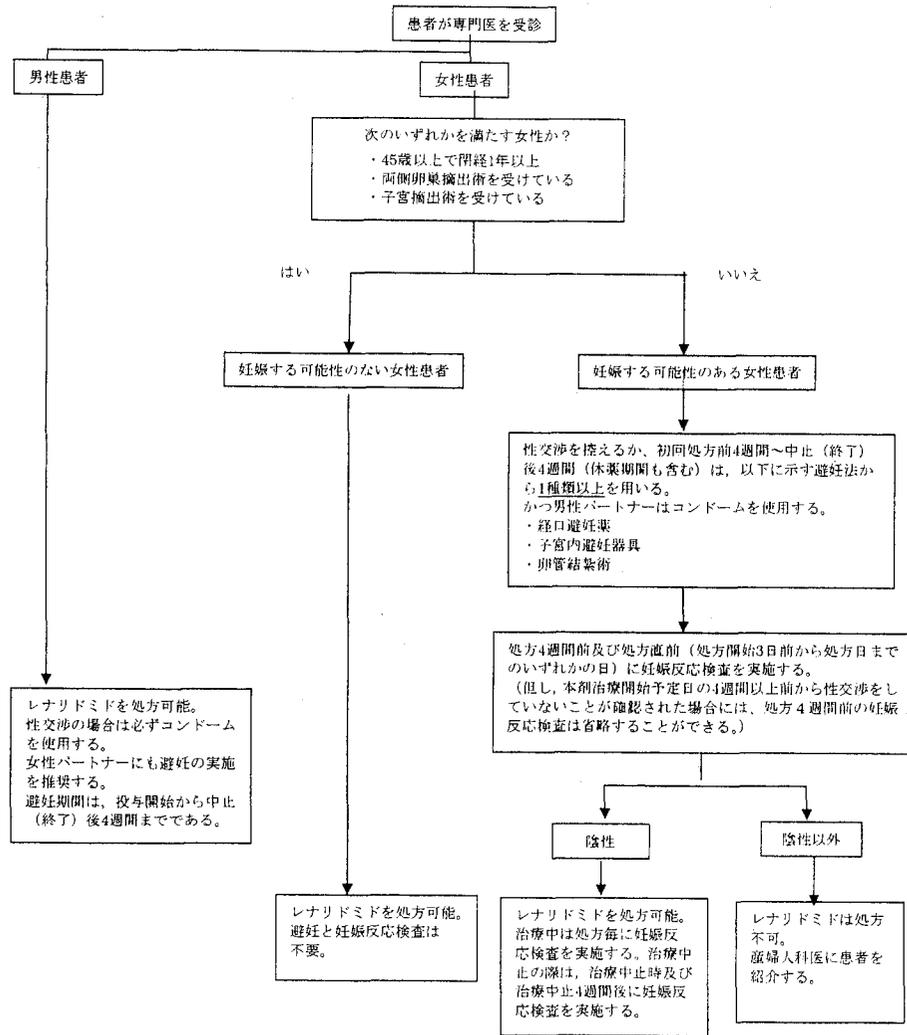


図3. 妊娠防止の手順

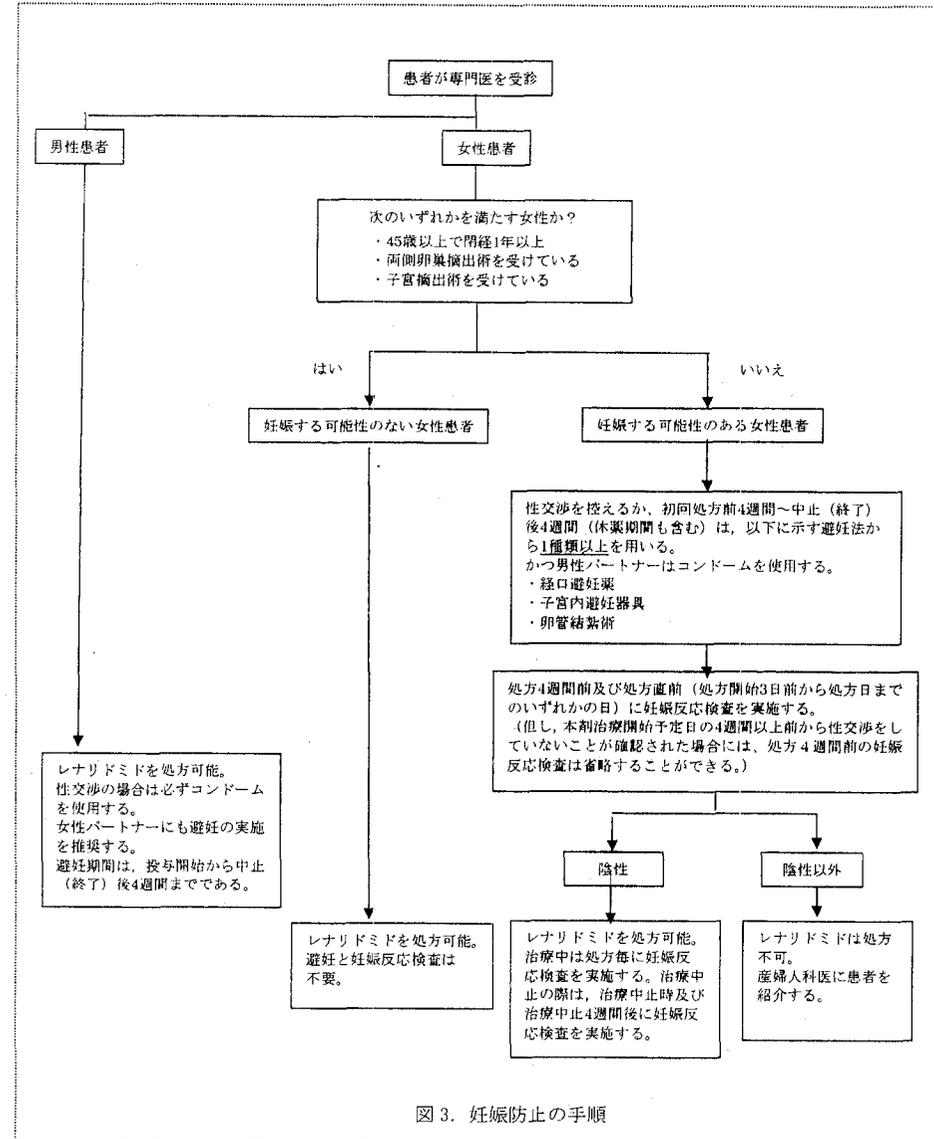


図3. 妊娠防止の手順

RevMate®様式 一覧

- 様式 1 RevMate®説明会申込書 (医師)
- 様式 2 RevMate®説明会案内書 (医師)
- 様式 3 RevMate®に関する同意書
- 様式 4 RevMate®説明会出席者リスト
- 様式 5 RevMate® ID 登録通知書 (処方医師)
- 様式 6 RevMate®説明会申込書 (薬剤師)
- 様式 7 RevMate®説明会案内書 (薬剤師)
- 様式 8 RevMate® ID 登録通知書 (責任薬剤師)
- 様式 9 レブメイト®患者登録申請書
- 様式 10 患者登録情報連絡書
- 様式 11 レブメイト®カード
- 様式 12 RevMate®登録情報変更申請書
- 様式 13 RevMate® 登録変更通知書 (処方医師)
- 様式 14 RevMate® 登録変更通知書 (責任薬剤師)
- 様式 15 RevMate®責任薬剤師変更申請書
- 様式 16 患者登録情報変更申請書
- 様式 17 レブメイト®への登録及び遵守事項に関する同意説明文書 (A 男性)
- 様式 18 レブメイト®への登録及び遵守事項に関する同意説明文書 (B 女性)
- 様式 19 レブメイト®への登録及び遵守事項に関する同意説明文書 (C 女性)
- 様式 20 レブラミド®処方要件確認書 (A 男性)
- 様式 21 レブラミド®処方要件確認書 (B 女性)
- 様式 22 レブラミド®処方要件確認書 (初回処方用) (C 女性)
- 様式 23 レブラミド®処方要件確認書 (継続処方用) (C 女性)
- 様式 24 ハンディ端末不具合時 調剤申請書
- 様式 25 ハンディ端末不具合時 調剤諾否連絡書
- 様式 26 返却薬剤受領書
- 様式 27 薬剤紛失等報告書
- 様式 28 レブメイト®遵守状況確認票

RevMate®様式 一覧

- 様式 1 RevMate®説明会申込書 (医師)
- 様式 2 RevMate®説明会案内書 (医師)
- 様式 3 RevMate®に関する同意書
- 様式 4 RevMate®説明会出席者リスト
- 様式 5 RevMate® ID 登録通知書 (処方医師)
- 様式 6 RevMate®説明会申込書 (薬剤師)
- 様式 7 RevMate®説明会案内書 (薬剤師)
- 様式 8 RevMate® ID 登録通知書 (責任薬剤師)
- 様式 9 レブメイト®患者登録申請書
- 様式 10 患者登録情報連絡書
- 様式 11 レブメイト®カード
- 様式 12 RevMate®登録情報変更申請書
- 様式 13 RevMate® 登録変更通知書 (処方医師)
- 様式 14 RevMate® 登録変更通知書 (責任薬剤師)
- 様式 15 RevMate®責任薬剤師変更申請書
- 様式 16 患者登録情報変更申請書
- 様式 17 レブメイト®への登録及び遵守事項に関する同意説明文書 (A 男性)
- 様式 18 レブメイト®への登録及び遵守事項に関する同意説明文書 (B 女性)
- 様式 19 レブメイト®への登録及び遵守事項に関する同意説明文書 (C 女性)
- 様式 20 レブラミド®処方要件確認書 (A 男性)
- 様式 21 レブラミド®処方要件確認書 (B 女性)
- 様式 22 レブラミド®処方要件確認書 (初回処方用) (C 女性)
- 様式 23 レブラミド®処方要件確認書 (継続処方用) (C 女性)
- 様式 24 ハンディ端末不具合時 調剤申請書
- 様式 25 ハンディ端末不具合時 調剤諾否連絡書
- 様式 26 返却薬剤受領書
- 様式 27 薬剤紛失等報告書
- 様式 28 レブメイト®遵守状況確認票

記載整備(様式名変更)
 (様式24をハンディ端末不具合時の調剤申請だけでなく、薬剤返却対応時にも使用できるように変更したため、様式の名称を変更)

_____ 病院 _____ 年 月 日
 _____ 先生 _____
 RevMate[®]センター

RevMate[®] 説明会案内書 (医師)

下記の通り、説明会のご案内をいたします。

対象薬剤	
説明会日時	年 月 日 () : ~ :
説明会場	

説明会出席予定者：

申請代表医師 (日本血液学会認定血液専門医師)	
氏名:	
施設名:	
所在地: 〒	
連絡先 TEL:	FAX:

医師氏名	医師氏名	医師氏名

- ・ 処方医師登録を希望される先生には、必ずご出席頂きますようお願い致します。
- ・ ご不明な点は、担当 MR までご連絡ください。

担当 MR: _____ 連絡先 TEL: _____

_____ 病院 _____ 年 月 日
 _____ 先生 _____
 RevMate[®]センター

RevMate[®] 説明会案内書 (医師)

下記の通り、説明会のご案内をいたします。

対象薬剤	
説明会日時	年 月 日 () : ~ :
説明会場	

説明会出席予定者：

申請代表医師 (日本血液学会認定血液専門医師)	
氏名:	
施設名:	
所在地: 〒	
連絡先 TEL:	FAX:

医師氏名	医師氏名	医師氏名

- ・ 処方医師登録を希望される先生には、必ずご出席頂きますようお願い致します。
- ・ ご不明な点は、担当 MR までご連絡ください。

担当 MR: _____ 連絡先 TEL: _____

RevMate®センター 御中 (FAX:0120-021-507 TEL:0120-071-025)

RevMate®センター 御中 (FAX:0120-021-507 TEL:0120-071-025)

記載義務

RevMate®に関する同意書

私は、レブラミド®を使用するにあたり RevMate®(レブラミド®適正管理手順)の内容に同意します。

RevMate®に関する同意書

私は、レブラミド®を使用するにあたり RevMate®(レブラミド®適正管理手順)の内容に同意します。

	同意日	年	月	日
登録区分 (いずれかに○を付けてください)	1. 処方医師 2. 責任薬剤師 → <input type="checkbox"/> 研修医ではない。 (該当する場合、☑をお願いします。)			
(フリガナ) 氏名				
(フリガナ) 施設名	所属 ()			
連絡先	(注:ID 登録通知書の FAX 送信先となります。)			
	FAX:	TEL:		

	同意日	年	月	日
登録区分 (いずれかに○を付けてください)	1. 処方医師 2. 責任薬剤師 → <input type="checkbox"/> 研修医ではない。 (該当する場合、☑をお願いします。)			
(フリガナ) 氏名				
(フリガナ) 施設名	所属 ()			
連絡先	(注:ID 登録通知書の FAX 送信先となります。)			
	FAX:	TEL:		

担当 MR は RevMate®センター宛に説明会出席者リストと同意書を、説明会当日に FAX し、各原本は郵送すること。

担当 MR: _____

担当 MR は RevMate®センター宛に説明会出席者リストと同意書を、説明会当日に FAX し、各原本は郵送すること。

担当 MR: _____

変更前 (ver.1.0)

4 変更案 (ver.2.0)

RevMate®センター 御中 (FAX:0120-021-507 TEL:0120-071-025)

説明会日: _____ 年 月 日

施設名: _____

RevMate®説明会出席者リスト

	氏名 (フリガナを必ずご記入ください)	職種* (番号を選択)	理解度の確認	同意書受領** (有りの場合は○)
1	(フリガナ)		実施・未実施	
2	(フリガナ)		実施・未実施	
3	(フリガナ)		実施・未実施	
4	(フリガナ)		実施・未実施	
5	(フリガナ)		実施・未実施	
6	(フリガナ)		実施・未実施	
7	(フリガナ)		実施・未実施	
8	(フリガナ)		実施・未実施	
9	(フリガナ)		実施・未実施	
10	(フリガナ)		実施・未実施	

* 職種 (1. 処方医師 2. 責任薬剤師 3. 薬剤師 4. 看護師 5. ソーシャルワーカー 6. CRC 7. その他)
 ** 同意書は、処方医師及び責任薬剤師のみから受領してください。

・ 担当 MR は RevMate®センター宛に説明会出席者リストと同意書を、説明会当日に FAX し、各原本は郵送すること。

FAX 総数: _____ 枚 (説明会出席者リスト _____ 枚、同意書 _____ 枚) 担当 MR: _____

様式-4

RevMate®センター 御中 (FAX:0120-021-507 TEL:0120-071-025)

説明会日: _____ 年 月 日

施設名: _____

記載整備

RevMate®説明会出席者リスト

	氏名 (フリガナを必ずご記入ください)	職種* (番号を選択)	理解度の確認	同意書受領** (有りの場合は○)
1	(フリガナ)		実施・未実施	
2	(フリガナ)		実施・未実施	
3	(フリガナ)		実施・未実施	
4	(フリガナ)		実施・未実施	
5	(フリガナ)		実施・未実施	
6	(フリガナ)		実施・未実施	
7	(フリガナ)		実施・未実施	
8	(フリガナ)		実施・未実施	
9	(フリガナ)		実施・未実施	
10	(フリガナ)		実施・未実施	

* 職種 (1. 処方医師 2. 責任薬剤師 3. 薬剤師 4. 看護師 5. ソーシャルワーカー 6. CRC 7. その他)
 ** 同意書は、処方医師及び責任薬剤師のみから受領してください。

・ 担当 MR は RevMate®センター宛に説明会出席者リストと同意書を、説明会当日に FAX し、各原本は郵送すること。

FAX 総数: _____ 枚 (説明会出席者リスト _____ 枚、同意書 _____ 枚) 担当 MR: _____

様式-4

病院 _____ 年 月 日
 先生 _____
 RevMate[®]センター

RevMate[®] ID 登録通知書 (処方医師)

下記の通り、登録が完了いたしましたので、ご連絡申し上げます。

薬 剤			
登録日	年 月 日	処方医師 ID	
氏 名			
施設名			
所在地	〒		
連絡先	TEL:	FAX:	
連携産婦人科医情報			
氏 名		施設名	

【お願い】

・登録内容の変更につきましては、速やかに担当 MR にご連絡の上、「RevMate[®] 登録情報変更申請書」を RevMate[®]センターへ FAX 願います。

・ご不明の点については、RevMate[®]センター (FAX:0120-021-507 TEL:0120-071-025) にお問い合わせください。

病院 _____ 年 月 日
 先生 _____
 RevMate[®]センター

RevMate[®] ID 登録通知書 (処方医師)

下記の通り、登録が完了いたしましたので、ご連絡申し上げます。

薬 剤			
登録日	年 月 日	処方医師 ID	
氏 名			
施設名			
所在地	〒		
連絡先	TEL:	FAX:	<input type="checkbox"/> 記載整備
連携産婦人科医情報 (同一施設の場合、施設名のみ記載となります)			
氏 名		施設名	

【お願い】

・登録内容の変更につきましては、速やかに担当 MR にご連絡の上、「RevMate[®] 登録情報変更申請書」を RevMate[®]センターへ FAX 願います。

・ご不明の点については、RevMate[®]センター (FAX:0120-021-507 TEL:0120-071-025) にお問い合わせください。

全ての項目についてご記入後、担当 MR にお渡しください。

全ての項目についてご記入後、担当 MR にお渡しください。

記載設備

RevMate®説明会申込書(薬剤師)

		申請日	年	月	日
申請代表薬剤師					
(フリガナ)	氏名	薬剤師名簿登録番号			
(フリガナ)	施設名				
所在地: 〒					
連絡先		(注: 説明会案内書の FAX 送信先となります。)			
TEL:	FAX:				
必須確認事項 <input type="checkbox"/> 同一施設に日本血液学会認定血液専門医が在籍している。					

説明会への出席を希望する薬剤師名をご記入ください。

氏名(漢字)	(フリガナ)

弊社記入欄

説明会日時: 年 月 日() ~

説明会場: _____

担当 MR: _____ (_____ ディストリクト)

様式-6

RevMate®説明会申込書(薬剤師)

		申請日	年	月	日
申請代表薬剤師(責任薬剤師)					
(フリガナ)	氏名	薬剤師名簿登録番号			
(フリガナ)	施設名				
所在地: 〒					
連絡先		(注: 説明会案内書の FAX 送信先となります。)			
TEL:	FAX:				
必須確認事項 <input type="checkbox"/> 同一施設に日本血液学会認定血液専門医が在籍している。					

説明会への出席を希望する薬剤師名をご記入ください。

氏名	
(漢字)	(フリガナ)

弊社記入欄

説明会日時: 年 月 日() ~

説明会場: _____

担当 MR: _____ (_____ ディストリクト)

様式-6

_____ 病院 _____ 年 月 日
 _____ 先生 _____
 RevMate[®]センター

RevMate[®] 説明会案内書 (薬剤師)

下記の通り、説明会のご案内をいたします。

対象薬剤	
説明会日時	年 月 日 () : ~
説明会場	

説明会出席予定者:

申請代表薬剤師	
氏名:	
施設名:	
所在地: 〒	
連絡先 TEL:	FAX:

薬剤師氏名	薬剤師氏名	薬剤師氏名

- ・ 責任薬剤師登録を希望される先生には、必ずご出席頂きますようお願い致します。
- ・ ご不明な点は、担当 MR までご連絡ください。

担当 MR: _____ 連絡先 TEL: _____

様式-7

_____ 病院 _____ 年 月 日
 _____ 先生 _____
 RevMate[®]センター

RevMate[®] 説明会案内書 (薬剤師)

下記の通り、説明会のご案内をいたします。

対象薬剤	
説明会日時	年 月 日 () : ~
説明会場	

説明会出席予定者:

記載整備

申請代表薬剤師 (責任薬剤師)	
氏名:	
施設名:	
所在地: 〒	
連絡先 TEL:	FAX:

薬剤師氏名	薬剤師氏名	薬剤師氏名

- ・ 責任薬剤師登録を希望される先生には、必ずご出席頂きますようお願い致します。
- ・ ご不明な点は、担当 MR までご連絡ください。

担当 MR: _____ 連絡先 TEL: _____

様式-7