

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 20 年 月 日

患者登録番号

処方医師登録番号

処方医師

サレド <sup>カプセル</sup> 100	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
サレド <sup>カプセル</sup> 50	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  
 ベンにて記入し、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"/> 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

FAX: 0120-007-121  
**遵守状況等確認票(B)**

男性患者  
 女性患者 B

【遵守状況等確認票(A)の  
 変更に伴う記載整備】

処方 下記処方内容につき受理いたしました。 記入日 20 年 月 日

患者登録番号

処方医師登録番号

処方医師

外来・入院

サレド <sup>カプセル</sup> 100	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
サレド <sup>カプセル</sup> 50	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  
 ベンにて記入し、間違った場合には  を  
 記入してください。

確認事項 (4, 5 は初回調剤時不要)

	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"/> 初回不要項目の明確化 【間違いが多いため】
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

【薬剤師記入欄】

上記の事項等を確認しました

記入日 20 年 月 日

薬剤師署名

サレド<sup>カプセル</sup>100

新規必要数量

Cap

未服用薬数量

Cap

サレド<sup>カプセル</sup>50

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

【薬剤師記入欄】

上記の事項等を確認しました

記入日 20 年 月 日

薬剤師署名

サレド<sup>カプセル</sup>100

新規必要数量

Cap

未服用薬数量

Cap

サレド<sup>カプセル</sup>50

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 <sup>®</sup> 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。

## 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 <sup>®</sup> 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

女性患者 C

遵守状況等確認票(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

処方医師

サレド <sup>カプセル</sup> 100	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
サレド <sup>カプセル</sup> 50	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

FAX: 0120-007-121

女性患者 C

【遵守状況等確認票(A)の  
変更に伴う記載整備】 遵守状況等確認票(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

処方医師

サレド <sup>カプセル</sup> 100	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
サレド <sup>カプセル</sup> 50	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 (5, 6 は初回調剤時不要)

	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"/> 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

初回不要項目の明確化  
【間違いが多いため】

【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

サレド<sup>カプセル</sup>100

新規必要数量

Cap

未服用薬数量

Cap

サレド<sup>カプセル</sup>50

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

【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

サレド<sup>カプセル</sup>100

新規必要数量

Cap

未服用薬数量

Cap

サレド<sup>カプセル</sup>50

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 (サリド <sup>TM</sup> 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。

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: 25IU/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 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 20px;">                     高感度のものに統一                      【第11回 TERMS 委員会】                 </div>
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 (サリド <sup>TM</sup> 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		
サレド <sup>カプセル</sup> 100 調剤カプセル数	Cap		
サレド <sup>カプセル</sup> 50 調剤カプセル数	Cap		
調剤の可否	<table border="1"> <tr> <td>可</td> <td>否</td> </tr> </table>	可	否
可	否		

削除 (問題点がある場合は  
C票を発行しないため)  
【医療現場からの指摘】

〔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
<p>削除 (C票は藤本製薬が、確認済みの FAX 番号へ送信するため) 【記載整備】</p>

この書類が親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。

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		
サレド <sup>カプセル</sup> 100 調剤カプセル数	Cap		
サレド <sup>カプセル</sup> 50 調剤カプセル数	Cap		
調剤の可否	<table border="1"> <tr> <td>可</td> <td>否</td> </tr> </table>	可	否
可	否		

上記調剤の情報を登録しました。