

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター あて

処方医師

サリドマイド製剤に関する同意書

サリドマイド製剤（**サレド[®]カプセル**）を使用するにあたり、「サリドマイド製剤安全管理手順」（TERMS[®]）の内容に同意します。

同 意 日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

施 設 名： _____

所 属： _____

処方医師名： _____

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター あて

連携に関する同意書(産科婦人科医師)

「サリドマイド製剤安全管理手順」(TERMS®)について、医薬情報担当者より情報提供を受け理解しました。

処方医師 [施設名: _____ 医師名: _____]

上記処方医師と連携することに同意します。

同意日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

施設名: _____

所在地: _____

電話番号: _____

所属: _____

所属長: _____

私が不在等の場合は、以下の医師が対応します。

施設名: _____ 所在地: _____

電話番号: _____

医師名: _____ 本人同意の署名又は捺印: _____

施設名: _____ 所在地: _____

電話番号: _____

医師名: _____ 本人同意の署名又は捺印: _____

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター へ

責任薬剤師

サリドマイド製剤に関する同意書

サリドマイド製剤（**サルド[®]カプセル**）を使用するにあたり、「サリドマイド製剤安全管理手順」（TERMS[®]）の内容に同意します。

同 意 日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

施 設 名： _____

所 属： _____

責任薬剤師名： _____

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター へ

男性患者

サリドマイド製剤安全管理手順に関する同意書

サリドマイド製剤(サレド[®]カプセル) (以下本剤) に関する以下の内容につき同意します。

(同意項目に☑を記入)

- 本剤は、胎児に障害を起こす可能性があることを理解しました。
- 妊娠回避の必要性を理解しました。定められた期間中は性交渉をしないか、性交渉を行う場合にはコンドームを使用します。また、パートナーも同時に避妊することが望ましいことも理解しました。妊婦との性交渉はしません。
コンドームを使用せずに性交渉した、使用したが失敗した、又は失敗した可能性がある場合は、直ちに処方医師へ連絡します。
万が一、パートナーが妊娠した場合は、産科婦人科医師のカウンセリングを受け、追跡調査に協力します。また、必要に応じて、パートナーの情報を藤本製薬株式会社に提供することを承諾します。
- 妊娠回避の不徹底、又は妊婦との性交渉によって胎児への障害等の重篤な副作用が生じた場合は、私自身にも責任があることを理解しました。
- 定められた期間中は精子・精液を提供しません。
- 処方された本剤は私の治療のためだけのものであることを理解しました。私および薬剤管理者は、本剤を他の人と共有したり、他の人へ譲ったりしません。
- 本剤は、子供の手の届かない専用の場所で、他の薬や飲食物と区別して保管します。
- 本剤を紛失した場合は、本剤を受け取った薬剤部(科)へ直ちに連絡し薬剤師の指示に従います。
- 本剤を服用する必要がなくなった場合、残った薬は廃棄せず受け取った薬剤部(科)へ持参します。その際、返金がないことを承諾します。
- 本剤を不適切に扱い、万が一、事故が発生した場合は、私および薬剤管理者にも責任があることを理解しました。
- 私の氏名、住所、電話番号、生年月日等が藤本製薬株式会社に登録されることを承諾します。
- 安全管理手順から逸脱した場合、その内容によっては、本剤服用の一時停止、又は本剤での治療が中止されることを承諾します。
- 定期的に行われるアンケート調査に協力します。

【患者記入欄】

同意日： 年 月 日

本剤使用目的

の疾患名 _____

氏名： _____

【処方医師記入欄】

処方医師名： _____

注) この用紙は、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センターへ郵送又は MR へお渡しください。

女性患者 B

サリドマイド製剤安全管理手順に関する同意書

サリドマイド製剤(サレド[®]ホレル) (以下本剤) に関する以下の内容につき同意します。

(同意項目に☑を記入)

- 本剤は、胎児に障害を起こす可能性があることを理解しました。
- 定められた期間中は授乳をしません。
- 処方された本剤は私の治療のためだけのものであることを理解しました。私および薬剤管理者は、本剤を他の人と共有したり、他の人へ譲ったりしません。
- 本剤は、子供の手の届かない専用の場所で、他の薬や飲食物と区別して保管します。
- 本剤を紛失した場合は、本剤を受け取った薬剤部(科)へ直ちに連絡し薬剤師の指示に従います。
- 本剤を服用する必要がなくなった場合、残った薬は廃棄せず受け取った薬剤部(科)へ持参します。その際、返金がないことを承諾します。
- 本剤を不適切に扱い、万が一、事故が発生した場合は、私および薬剤管理者にも責任があることを理解しました。
- 私の氏名、住所、電話番号、生年月日等が藤本製薬株式会社に登録されることを承諾します。
- 安全管理手順から逸脱した場合、その内容によっては、本剤服用の一時停止、又は本剤での治療が中止されることを承諾します。
- 定期的に行われるアンケート調査に協力します。

【患者記入欄】

同意日： _____ 年 ____ 月 ____ 日

本剤使用目的

の疾患名 _____

氏名： _____

【処方医師記入欄】

処方医師名： _____

注) この用紙は、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センターへ郵送又は MR へお渡しください。

サリドマイド製剤安全管理手順に関する同意書

サリドマイド製剤(サレド[®]カプセル) (以下本剤) に関する以下の内容につき同意します。

(同意項目に☑を記入)

- 本剤は、胎児に障害を起こす可能性があることを理解しました。
- 妊娠検査において陽性反応がでるまで、性交渉を行った日より4週間程度かかることがあることを理解しました。
- 同意日以降は、定められた期間中において性交渉を行わないか、パートナーとともに規定された避妊方法を実施します。
- ※ 服用開始日において妊娠していないことを確実にするため、以下のいずれかを実施します。
- 同意日及び同意日の2週間後、4週間後(初回処方前24時間以内)、に妊娠検査を受け陰性を確認後、服用を開始します。
- 同意日の4週間以上前から性交渉を行っておりませんので、初回処方前24時間以内の妊娠検査で陰性を確認後、服用を開始します。
- 所定の時期に妊娠検査を受けます。
- 避妊を実施せずに性交渉した、避妊に失敗した、又は避妊に失敗した可能性がある場合は、直ちに本剤の服用を一時中止し、処方医師へ連絡します。
万が一、妊娠した場合は、産科婦人科医師のカウンセリングを受け、追跡調査に協力します。
また、必要に応じて、パートナーの情報を藤本製薬株式会社へ提供することを承諾します。
- 妊娠回避の不徹底によって胎児への障害等の重篤な副作用が生じた場合は、私自身にも責任があることを理解しました。
- 定められた期間中は授乳をしません。
- 処方された本剤は私の治療のためだけのものであることを理解しました。私および薬剤管理者は、本剤を他の人と共有したり、他の人へ譲ったりしません。
- 本剤は、子供の手の届かない専用の場所で、他の薬や飲食物と区別して保管します。
- 本剤を紛失した場合は、本剤を受け取った薬剤部(科)へ直ちに連絡し薬剤師の指示に従います。
- 本剤を服用する必要がなくなった場合、残った薬は廃棄せず受け取った薬剤部(科)へ持参します。その際、返金がないことを承諾します。
- 本剤を不適切に扱い、万が一、事故が発生した場合は、私および薬剤管理者にも責任があることを理解しました。
- 私の氏名、住所、電話番号、生年月日等が藤本製薬株式会社に登録されることを承諾します。
- 安全管理手順から逸脱した場合、その内容によっては、本剤服用の一時停止、又は本剤での治療が中止されることを承諾します。
- 定期的に行われるアンケート調査に協力します。

【患者記入欄】

同意日： 年 月 日

本剤使用目的

の疾患名：

氏名：

【処方医師記入欄】

処方医師名：

注) この用紙は、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センターへ郵送又はMRへお渡しください。

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター へ

薬剤管理者

サリドマイド製剤安全管理手順に関する同意書

サリドマイド製剤(サルド[®]ノベル) (以下本剤) に関する以下の内容につき同意します。

(同意項目に☑を記入)

- 本剤は、胎児に障害を起こす可能性があることを理解しました。
- 処方された本剤は患者の治療のためだけのものであることを理解しました。私および患者は、本剤を他の人と共有したり、他の人へ譲ったりしません。
- 本剤は、子供の手の届かない専用の場所で、他の薬や飲食物と区別して保管します。
- 本剤を紛失した場合は、本剤を受け取った薬剤部(科)へ直ちに連絡し薬剤師の指示に従います。
- 本剤を服用する必要がなくなった場合、残った薬は廃棄せず受け取った薬剤部(科)へ持参します。その際、返金がないことを承諾します。
- 本剤を不適切に扱い、万が一、事故が発生した場合は、私および患者にも責任があることを理解しました。
- 私の氏名、住所、電話番号、生年月日等が藤本製薬株式会社に登録されることを承諾します。
- 安全管理手順から逸脱した場合、その内容によっては、本剤服用の一時停止、又は本剤での治療が中止されることを承諾します。
- 定期的に行われるアンケート調査に協力します。

【薬剤管理者記入欄】

同意日： 年 月 日

氏名： _____

【処方医師記入欄】

処方医師名： _____

注) この用紙は、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センターへ郵送又は MR へお渡しください。

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター あて

特約店責任薬剤師

サリドマイド製剤に関する同意書

サリドマイド製剤（**サレド[®]カプセル**）を使用するにあたり、「サリドマイド製剤安全管理手順」（TERMS[®]）の内容に同意します。

同 意 日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

施 設 名： _____

所 属： _____

特約店
責任薬剤師名： _____

理解度確認票

この確認票は、サリドマイド製剤(サリド[®]フェル)による治療を受けるための説明(教育)の実施後、または服用期間中に薬剤管理者が変更になった場合、患者さん自身と薬剤管理者の方にお守りいただく事柄などについて、十分理解していただけたことを確認するためのものです。

以下の質問で『正しい』と思われるものすべてに☑でお答えください。(複数回答可)

※大変重要なことですので、薬剤管理者の方と協力して全問正解するまでお答えください。

質問1.~3. 回答対象者：患者群A・B・Cの患者さん

- サリドマイドは1960年(昭和35年)頃に日本のみならず世界中で重大な副作用被害をひきおこしました。その副作用被害とはどのようなものでしたか？
 - 服用した患者さん自身が薬の副作用で亡くなりました。
 - 服用した妊婦から障害を持つ子供が産まれたり、死産があった。
- 自宅でサリドマイド製剤をどのように保管しますか？
 - 薬箱に他の薬と一緒にに入れて保管する。
 - 他の人が誤って服用しないように保管する。
 - 子供の手の届かない、専用の場所で保管する。
- もし、サリドマイド製剤が残ってしまった場合どうしますか？
 - 同じ病気の人を知っているのでその人に譲り渡す。
 - 必ず調剤を受けている薬剤部(科)に持参する。
 - 必要になったときのためにとっておく。

質問4. 回答対象者：患者群A・Cの患者さん

- サリドマイド製剤による治療をうけるためには、妊娠回避を徹底するために守らなければならないことがあります。それは何ですか？

《患者群Aの患者さん 回答欄》

- 最も確実な妊娠回避の方法は、性交渉を行わないことである。
- 性交渉する場合には、コンドームを使用する。
- 生殖能力のない場合(精管結紮や無精子症など)は、コンドームを使用する必要はない。
- パートナーも必ず事前に避妊の処置(ピルの服用を含む)を受けなければならない。
- 避妊に失敗したかもしれないと思ったら、直ちに処方医師に連絡する。

《患者群Cの患者さん 回答欄》

- 最も確実な妊娠回避の方法は、性交渉を行わないことである。
- 性交渉する場合には、女性だけが避妊を徹底する。
- 性交渉をしない場合にも必ず事前に避妊の処置(ピルの服用を含む)を受けなければならない。
- 性交渉をしなければ、毎回の妊娠検査は受けなくてよい。
- 避妊に失敗したかもしれないと思ったらサリドマイド製剤の服用を中止し、直ちに処方医師に連絡する。

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

署名欄

注) この用紙は、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センターへ郵送又はMRへお渡しください。

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター へ

登録申請書（処方医師）

	登録申請日	年	月	日					
施設名	<input type="checkbox"/> 日本血液学会研修施設 <input type="checkbox"/> 日本血液学会研修施設以外 個人輸入でサリドマイド製剤を取扱っていた医療機関で院内に調剤所を有する施設								
	〒								
所在地	TEL : () - FAX : () -								
処方医師	氏名								
	・姓と名の間は、1マス空けてください。 ・お名前を登録しますので、漢字は大きくはっきりとご記入ください。								
	所属								
	医籍登録番号								
	確認項目	<input type="checkbox"/> 教育補助ビデオを視聴した <input type="checkbox"/> 研修医ではない							
<p>【日本血液学会研修施設の医師】</p> <input type="checkbox"/> 日本血液学会認定血液専門医である <small>注1)</small> <input type="checkbox"/> 院内の日本血液学会認定血液専門医に指導を受けている <small>注1)</small> 指導医師名： _____									
<p>【日本血液学会研修施設以外の施設の医師】</p> <input type="checkbox"/> 日本血液学会認定血液専門医である <small>注2)</small> <input type="checkbox"/> 院内の日本血液学会認定血液専門医に指導を受けている <small>注2)</small> 指導医師名： _____									
<input type="checkbox"/> サリドマイドによる多発性骨髄腫に関する臨床試験の経験を有する <small>注3)</small> <input type="checkbox"/> 日本血液学会研修施設との連携を図ることが可能である <small>注4)</small>									

注 1) 日本血液学会研修施設の証明書(写)及び日本血液学会認定血液専門医の証明書(写)が必要です。

注 2) サリドマイド製剤の薬監証明(写)及び日本血液学会認定血液専門医の証明書(写)が必要です。

注 3) サリドマイド製剤の薬監証明(写)及び臨床論文などの(写)が必要です。

注 4) サリドマイド製剤の薬監証明(写)及び日本血液学会研修施設との連携を証明する文書(契約書など)の(写)が必要です。

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター にて

登録申請書（責任薬剤師）

	登録申請日	年 月 日
施設名		
所在地	〒	
	TEL : () - FAX : () -	
責任薬剤師	氏 名	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
	<p style="text-align: center;">・姓と名の間は、1マス空けてください。 ・お名前を登録しますので、漢字は大きくはっきりとご記入ください。</p>	
	所 属	
	薬剤師名簿 登録番号	
	確認項目	<input type="checkbox"/> 教育補助ビデオを視聴した
保管場所の 設置状況	<input type="checkbox"/> 人の出入りが制限された施設可能な場所にて薬剤管理が可能である	

藤本製薬株式会社
 TERMS 管理センター へ

登録申請書（患者）その 1

登録申請者

施設名： _____

処方医師名： _____

登録番号：

		登録申請日	年	月	日	
患 者	氏 名					
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> </div> <p style="font-size: small;"> ・姓と名の間は、1マス空けてください。 ・お名前を登録しますので、漢字は大きくはっきりとご記入ください。 </p>					
	住 所	〒				
		TEL： () -				
	患者群	<input type="checkbox"/> A：男性患者 <hr/> <input type="checkbox"/> B：女性患者 B <small>自然閉経した女性(45歳以上で1年間以上月経がない)、子宮又は両側卵巢を摘出した女性</small> <hr/> <input type="checkbox"/> C：女性患者 C <small>女性患者 B に該当せず、本剤の服用による治療方法が適切と判断した女性</small>				
生年月日	明・大・昭・平		年	月	日	
疾患名	<input type="checkbox"/> 多発性骨髄腫 <input type="checkbox"/> その他 ()					
確認項目	<input type="checkbox"/> : 教育補助ビデオを視聴した <input type="checkbox"/> : 理解度確認票を全問正解した <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">女性患者 C</div> <input type="checkbox"/> : 投与開始予定 4 週間前及び 2 週間前の妊娠検査が陰性であった(尿検査: 50 IU/L の感度以上) <input type="checkbox"/> : 同意日の 4 週間前から性交渉をしていないことを確認した					

注) この用紙は、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センターへ郵送又は MR へお渡しください。

登録申請書（患者）その2

— 患者及び患者関係者 —

薬剤管理者

氏 名	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
	・姓と名の間は、1マス空けてください。 ・お名前を登録しますので、漢字は大きくはっきりとご記入ください。							
住 所	〒							<input type="checkbox"/> 患者と同じ住所
	TEL : () -							
生年月日						続 柄		
明・大・昭・平	年	月	日					
確 認 項 目	<input type="checkbox"/> 教育補助ビデオを視聴した							

確 認 項 目（第三者評価機関の調査）

患者さんから電話をし、調査を受けることが可能ですか	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない → <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>理由：</td> </tr> </table>	理由：
理由：		
	電話調査ができない場合は記入調査となります。	
調査時期の通知を患者さん宅に郵送してもよろしいですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ → 「いいえ」の場合は処方医師から調査時期の連絡を受けることとなります。	

注) この用紙は、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センターへ郵送又は MR へお渡しください。

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター へ

登録申請書（特約店責任薬剤師）

		登録申請日	年	月	日			
施設名								
	麻薬卸売業者 免許番号							
所在地	〒							
	TEL : ()	—	FAX : ()	—				
特約店 責任薬剤師	氏名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<ul style="list-style-type: none"> ・姓と名の間は、1マス空けてください。 ・お名前を登録しますので、漢字は大きくはっきりとご記入ください。 							
	所属							
	薬剤師名簿 登録番号							
確認項目	<input type="checkbox"/> 教育補助ビデオを視聴した							
保管場所の 設置状況	<input type="checkbox"/> 人の出入りが制限された施設可能な場所にて薬剤管理が可能である							

処方医師

登録通知書（処方医師）

	登録日	年 月 日	
施設名	<input type="checkbox"/> 日本血液学会研修施設 <input type="checkbox"/> 日本血液学会研修施設以外 <small>個人輸入でサリドマイド製剤を取扱っていた医療機関で院内に調剤所を有する施設</small>		
所在地	〒		
	TEL : () — FAX : () —		
処方医師	氏名	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	
	登録番号	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	
	所属		
	医籍登録番号		
	確認項目	<input type="checkbox"/> 教育補助ビデオを視聴した <input type="checkbox"/> 研修医ではない	
		<p>【日本血液学会研修施設の医師】</p> <input type="checkbox"/> 日本血液学会認定血液専門医である <input type="checkbox"/> 院内の日本血液学会認定血液専門医に指導を受けている 指導医師名： _____	
	<p>【日本血液学会研修施設以外の施設の医師】</p> <input type="checkbox"/> 日本血液学会認定血液専門医である <input type="checkbox"/> 院内の日本血液学会認定血液専門医に指導を受けている 指導医師名： _____ <input type="checkbox"/> サリドマイドによる多発性骨髄腫に関する臨床試験の経験を有する <input type="checkbox"/> 日本血液学会研修施設との連携を図ることが可能である		
産科婦人科 医師	施設名： _____ 医師名： _____		

責任薬剤師

登録通知書（責任薬剤師）

	登録日	年	月	日				
施設名								
所在地	〒							
	TEL : () -		FAX : () -					
責任薬剤師	氏名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	登録番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	所属							
	薬剤師名簿 登録番号							
	確認項目	<input type="checkbox"/> 教育補助ビデオを視聴した						
保管場所の 設置状況	<input type="checkbox"/> 人の出入りが制限された施設可能な場所にて薬剤管理が可能である							

施設名：

登録番号：

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

処方医師名： _____

登録通知書（患者）その1

		登録日	年	月	日					
患 者	氏名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	登録番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	住所	〒								
		TEL：() -								
	患者群	<input type="checkbox"/> A：男性患者								
		<input type="checkbox"/> B：女性患者B 自然閉経した女性(45歳以上で1年間以上月経がない)、子宮又は両側卵巣を摘出した女性								
<input type="checkbox"/> C：女性患者C 女性患者Bに該当せず、本剤の服用による治療方法が適切と判断した女性										
生年月日	明・大・昭・平		年	月	日					
疾患名	<input type="checkbox"/> 多発性骨髄腫 <input type="checkbox"/> その他 ()									
確認項目	<input type="checkbox"/> ：教育補助ビデオを視聴した <input type="checkbox"/> ：理解度確認票を全問正解した <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">女性患者C</div> <input type="checkbox"/> ：服用開始予定4週間前及び2週間前の妊娠検査が陰性であった、又は同意日の4週間前から性交渉をしていないことを確認した									

登録通知書（患者）その2

— 患者及び患者関係者 —

薬剤管理者

氏名	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
住所	〒							<input type="checkbox"/> 患者と同じ住所
	TEL : () -							
生年月日						続柄		
明・大・昭・平 年 月 日								
確認項目	<input type="checkbox"/> 教育補助ビデオを視聴した							

確認項目（第三者評価機関の調査）

患者さんから電話をし、調査を受けることが可能ですか	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない → <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>理由：</td> </tr> </table>	理由：
理由：		
	電話調査ができない場合は記入調査となります。	
調査時期の通知を患者さん宅に郵送してもよろしいですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ → 「いいえ」の場合は処方医師から調査時期の連絡を受けることとなります。	

特約店責任薬剤師

登録通知書（特約店責任薬剤師）

	登録日	年 月 日
施設名		
	麻薬卸売業者 免許番号	
所在地	〒	
	TEL : () - FAX : () -	
特約店 責任薬剤師	氏 名	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	登録番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	所 属	
	薬剤師名簿 登録番号	
	確認項目	<input type="checkbox"/> 教育補助ビデオを視聴した
保管場所の 設置状況	<input type="checkbox"/> 人の出入りが制限された施設可能な場所にて薬剤管理が可能である	

登録カード (患者用のみ)

表面

患者登録カード

このカードは TERMS[®]に登録されている方にお渡し
しています。登録番号が必要などにご利用ください。

他の診療科や医療機関を受診する際、院外薬局に
おいてサリドマイド製剤(サレド[®]ナフェル)以外の調剤を
受ける際には、裏面をご提示ください。

医療機関： _____

氏 名： _____


登録番号： _____

裏面

◆医師または薬剤師さんへ◆

この患者さんはサリドマイド製剤(サレド[®]ナフェル)を服用中
です。本製剤は特別な管理が必要です。併用注意、その他
の詳しい情報につきましては、サレド[®]ナフェルの添付文書
又は藤本製薬のホームページ等でご確認いただくか、下記
までお問い合わせください。

このカードは患者さんにとって大切なものです。
拾得された方は下記までご連絡くださいますよう
お願いいたします。

 藤本製薬株式会社 TERMS管理センター
大阪府松原市西野々2-2-10 ☎ 0120-001-468

《キャッシュカードサイズ》

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター へ

登録情報変更申請書

申請日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

申請者氏名： _____

施設名： _____

申請者登録番号

処方医師登録番号（変更対象者が患者の場合は処方医師が申請者となります。）

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

責任薬剤師登録番号

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

特約店責任薬剤師登録番号

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

※変更対象者が患者の場合、患者氏名・登録番号を下記にご記入ください。

患者氏名： _____

患者登録番号：

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

変更内容

【 変 更 前 】	【 変 更 後 】

注) この用紙は、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センターへ郵送又は MR へお渡しください。

登録情報変更通知書

通知日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

申請者氏名： _____

施設名： _____

申請者登録番号

処方医師登録番号

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

責任薬剤師登録番号

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

特約店責任薬剤師登録番号

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

患者氏名： _____

患者登録番号：

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

変更内容

【 変更前 】	【 変更後 】