

藤本製薬株式会社  
TERMS 管理センター あて

藤本製薬控

藤本製薬株式会社  
TERMS 管理センター あて

藤本製薬控

遵守状況等確認票(中止後確認)

遵守状況等確認票(中止後確認)

男性患者

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。

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 妊婦 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 妊婦	<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

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 妊婦 避妊	<input type="checkbox"/> 行った <input type="checkbox"/> 行っていない	<input type="checkbox"/> 行った <input type="checkbox"/> 行っていない
3 妊婦	<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

見出しと質問の変更  
【分かりやすくするため】

【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 \_\_\_\_\_

【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。

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

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	避妊を行いましたか。 (性交渉がなかった場合は、避妊を「行った」にチェックしてください。)
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。

質問の変更  
【分かりやすくするため】

服用中止8週間後の確認期間：服用中止日～今回診察日

様式の廃止  
 【「授乳」に関する変更に伴い】

藤本製薬控

藤本製薬株式会社  
 TERMS 管理センター あて

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"/>

廃止

【処方医師記入欄】		記入日		2	0	年		月		日
上記の事項を確認しました										
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。

様式 31.

確認事項等

様式の廃止  
【「授乳」に関する変更に伴い】

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

**廃止**

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、間違った場合には  を記入してください。

確認事項

	医師	患者
1 妊娠 経過	<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 検査	<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  4 週間後  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。

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、間違った場合には  を記入してください。

確認事項

	医師	患者
1 妊娠 経過	<input type="checkbox"/> 行った <input type="checkbox"/> 行っていない	<input type="checkbox"/> 行った <input type="checkbox"/> 行っていない
2 妊娠 検査	<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

見出しの変更  
【分かりやすくするため】

見出しと質問の変更  
【分かりやすくするため】

【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  4 週間後  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

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	避妊を行いましたか。 (性交渉がなかった場合は、避妊を「行った」にチェックしてください。)
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:25 IU/Lの感度以上)
3	確認期間中に授乳をしましたか。

質問の変更  
【分かりやすくするため】

高感度のものに統一  
【第11回 TERMS 委員会】

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



