

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="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
	<input type="checkbox"/> 患者と同じ住所 TEL: (<input type="text"/>) - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
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 → <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>「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。</td> </tr> </table>	「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。
「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。

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="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
	<input type="checkbox"/> 患者と同じ住所 TEL: (<input type="text"/>) - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
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 → <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>「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。</td> </tr> </table>	「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。
「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 あて

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	削除 【特約店からの要望に伴う】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・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				

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター あて

登録申請書（特約店責任薬剤師）

		登録申請日	年	月	日
社名	【特約店からの要望】				
	事業所名				
所在地	麻薬卸売業者 免許番号				
	〒				
		TEL: () -		FAX: () -	
特約店 責任薬剤師	氏名	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・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。				
	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

処方医師

登録通知書 (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>				
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> 削除 【施設条件の変更に伴い】 </div>				
所在地	〒				
	TEL : () - FAX : () -				
処方医師	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"/>			
	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			
	【日本血液学会研修施設の医師】 <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： _____ 【日本血液学会研修施設以外の施設の医師】 <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： _____				

	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				
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> 記載整備 【施設条件の変更に伴い】 </div>				
所在地	〒				
	TEL : () - FAX : () -				
処方医師	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"/>			
	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			
	【日本血液学会研修施設の医師】 <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： _____ 【日本血液学会研修施設以外の施設の医師】 <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の日本血液学会認定血液専門医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

責任薬剤師

登録通知書 (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"/>
	登録番号	<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"/>
	登録番号	<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	□ □ □ □ □ □ □ □				
	登録番号	□ □ □ □ □ □ □ □				
	住所	〒				
		TEL: () -				
	患者群	<input type="checkbox"/> A: 男性患者 <hr/> <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 <input checked="" type="checkbox"/> 女性患者C <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					

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	□ □ □ □ □ □ □ □				
	登録番号	□ □ □ □ □ □ □ □				
	住所	〒				
		TEL: () -				
	患者群	<input type="checkbox"/> A: 男性患者 <hr/> <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 <input checked="" type="checkbox"/> 女性患者C <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="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 患者と同じ住所							
	TEL: (<input type="text"/>) - <input type="text"/> - <input type="text"/>							
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 → (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。

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="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 患者と同じ住所							
	TEL: (<input type="text"/>) - <input type="text"/> - <input type="text"/>							
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 → (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

特約店責任薬剤師

登録通知書（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	削除 【特約店からの要望に伴う】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	登録号	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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				

		登録日	年	月	日
社名	【特約店からの要望】				
	事業所名				
所在地	〒				
	TEL : ()		-	FAX : () -	
特約店 責任薬剤師	氏名	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	登録番号	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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。登録番号が必要なときにご利用ください。

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(サリド®TM)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(サリド®TM)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
の詳細な情報につきましては、サリド®TM 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》

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。登録番号が必要なときにご利用ください。

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(サリド®TM)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(サリド®TM)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
の詳細な情報につきましては、サリド®TM 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》

