

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター へ

処方医師

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**）を使用するにあたり、「サリドマイド製剤安全管理手順」（TERMS[®]）を理解し、遵守に同意します。

同意日： _____ 年 月 日

施設名： _____

所属： _____

処方医師署名： _____

変更なし

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター へ

処方医師

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**）を使用するにあたり、「サリドマイド製剤安全管理手順」（TERMS[®]）を理解し、遵守に同意します。

同意日： _____ 年 月 日

施設名： _____

所属： _____

処方医師署名： _____

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)

「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。

[施設名： _____ 医師名： _____]

上記医師より依頼があった場合は、当科の医師が対応します。

同意日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

施設名・科： _____

所在地： _____

電話番号： _____

医師署名： _____

変更なし

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)

「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。

[施設名： _____ 医師名： _____]

上記医師より依頼があった場合は、当科の医師が対応します。

同意日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

施設名・科： _____

所在地： _____

電話番号： _____

医師署名： _____

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**）を使用するにあたり、「サリドマイド製剤安全管理手順」（TERMS[®]）を理解し、遵守に同意します。

同意日： _____ 年 月 日

施設名： _____

所属： _____

責任薬剤師署名： _____

変更なし

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**）を使用するにあたり、「サリドマイド製剤安全管理手順」（TERMS[®]）を理解し、遵守に同意します。

同意日： _____ 年 月 日

施設名： _____

所属： _____

責任薬剤師署名： _____

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[®]カレル**）（以下本剤）に関して「サリドマイド製剤安全管理手順」（TERMS[®]）を理解し、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、産科婦人科を受診し、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**自分**専用の場所で、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

患者署名： _____

患者本人の署名を基本としますが、本人の署名又は同意が病状等で困難な場合に限り代筆者又は代諾者の署名をお願いします。

代筆者又は代諾者氏名： _____ (続柄 _____)

【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[®]カレル**）（以下本剤）に関して「サリドマイド製剤安全管理手順」（TERMS[®]）を理解し、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、産科婦人科を受診し、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。
- 献血をしません。
- 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、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、私にも責任があることを理解しました。
- 私の生年月日、**疾患名、患者群等の情報**が藤本製薬株式会社に登録されることを承諾します。**また、必要に応じて、医療機関登録情報が藤本製薬株式会社に提供されることを承諾します。**
- 私の**医療機関登録情報が、藤本製薬株式会社の担当者により閲覧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

患者署名： _____

患者本人の署名を基本としますが、本人の署名又は同意が病状等で困難な場合に限り代筆者又は代諾者の署名をお願いします。

代筆者又は代諾者氏名： _____ (続柄 _____)

【処方医師記入欄】

処方医師名： _____

注) 1 枚目は医療機関にて保存し、2 枚目は患者さんにお渡しください。

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（**サルド[®]カベル**）（以下本剤）に関して「サリドマイド製剤安全管理手順」（TERMS[®]）を理解し、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**自分**専用の場所で、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。

私は、以下のいずれかに該当し、必要な内容につき同意します。

- いずれかにチェックしてください
- ①自然閉経した（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、あるいは子宮又は両側卵巣が先天的でない。
 - ②長期無月経について産婦人科専門医の確認を受け女性患者 B に登録された。ただし、リスクを正しく理解し、定期的に産婦人科専門医の診察を受け、状態に変化があった場合は、女性患者 C としての教育を受けて女性患者 C に登録を変更されることに同意します。
 - ③全身状態不良等の重篤な身体的理由により妊娠の機会がないことを申告し、処方医師に認められて女性患者 B に登録された。ただし、リスクを正しく理解し、女性患者 B-③の判断が継続していることについて定期的な診察により確認を受けること、状態に変化があった場合は、速やかに処方医師に申告し、女性患者 C としての教育を受けて女性患者 C に登録を変更されることに同意します。

【患者記入欄】

同意日： 年 月 日

患者署名： _____

患者本人の署名を基本としますが、本人の署名又は同意が病状等で困難な場合に限り代筆者又は代諾者の署名をお願いします。

代筆者又は代諾者氏名： _____ (続柄 _____)

【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（**サルド[®]カベル**）（以下本剤）に関して「サリドマイド製剤安全管理手順」（TERMS[®]）を理解し、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。
- 献血をしません。
- 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、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、私にも責任があることを理解しました。
- 私の生年月日、**疾患名、患者群等の情報**が藤本製薬株式会社に登録されることを承諾します。**また、必要に応じて、医療機関登録情報が藤本製薬株式会社に提供されることを承諾します。**
- 私の医療機関登録情報が、藤本製薬株式会社の担当者により閲覧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。

私は、以下のいずれかに該当し、必要な内容につき同意します。

- いずれかにチェックしてください
- ①自然閉経した（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、あるいは子宮又は両側卵巣が先天的でない。
 - ②長期無月経について産婦人科専門医の確認を受け女性患者 B に登録された。ただし、リスクを正しく理解し、定期的に産婦人科専門医の診察を受け、状態に変化があった場合は、女性患者 C としての教育を受けて女性患者 C に登録を変更されることに同意します。
 - ③全身状態不良等の重篤な身体的理由により妊娠の機会がないことを申告し、処方医師に認められて女性患者 B に登録された。ただし、リスクを正しく理解し、女性患者 B-③の判断が継続していることについて定期的な診察により確認を受けること、状態に変化があった場合は、速やかに処方医師に申告し、女性患者 C としての教育を受けて女性患者 C に登録を変更されることに同意します。

【患者記入欄】

同意日： 年 月 日

患者署名： _____

患者本人の署名を基本としますが、本人の署名又は同意が病状等で困難な場合に限り代筆者又は代諾者の署名をお願いします。

代筆者又は代諾者氏名： _____ (続柄 _____)

【処方医師記入欄】

処方医師名： _____

注) 1 枚目は医療機関にて保存し、2 枚目は患者さんにお渡しください。

女性患者C

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) に関して「サリドマイド製剤安全管理手順」(TERMS[®]) を理解し、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、産科婦人科を受診し、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自分専用の場所で、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

患者署名： _____

患者本人の署名を基本としますが、本人の署名又は同意が病状等で困難な場合に限り代筆者又は代諾者の署名をお願いします。

代筆者又は代諾者氏名： _____ (続柄 _____)

【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C

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) に関して「サリドマイド製剤安全管理手順」(TERMS[®]) を理解し、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、産科婦人科を受診し、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。
- 献血をしません。
- 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、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、私にも責任があることを理解しました。
- 私の生年月日、疾患名、患者群等の情報が藤本製薬株式会社に登録されることを承諾します。
また、必要に応じて、医療機関登録情報が藤本製薬株式会社に提供されることを承諾します。
- 私の医療機関登録情報が、藤本製薬株式会社の担当者により閲覧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

患者署名： _____

患者本人の署名を基本としますが、本人の署名又は同意が病状等で困難な場合に限り代筆者又は代諾者の署名をお願いします。

代筆者又は代諾者氏名： _____ (続柄 _____)

【処方医師記入欄】 処方医師名： _____

注) 1 枚目は医療機関にて保存し、2 枚目は患者さんにお渡しください。

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（**サレド[®]カプセル**）（以下本剤）に関して「サリドマイド製剤安全管理手順」（TERMS[®]）を理解し、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患者専用の場所で、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

署名： _____

【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。

患者名： _____

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（**サレド[®]カプセル**）（以下本剤）に関して「サリドマイド製剤安全管理手順」（TERMS[®]）を理解し、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。私は、**患者が本剤を他の人と共有したり、他の人へ譲ったりしない様に薬剤を管理します**。
- 本剤は、子供の手の届かない患者専用の場所で、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**理解しました**。
- 本剤を不適切に扱い、万が一、事故が発生した場合は、私にも責任があることを理解しました。
- 必要に応じて**、私の**医療機関登録情報**が藤本製薬株式会社に**提供**されることを承諾します。
- 私の医療機関登録情報が、藤本製薬株式会社の担当者により閲覧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**理解しました**。
- 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

署名： _____ (続柄 _____)

生年月日： 明治・大正・昭和・平成・西暦 年 月 日

住所： _____

電話番号： _____

【処方医師記入欄】

処方医師名： _____

注) 1 枚目は医療機関にて保存し、2 枚目は薬剤管理者さんにお渡しください。

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター へ

特約店責任薬剤師

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**）を使用するにあたり、「サリドマイド製剤安全管理手順」（TERMS[®]）を理解し、遵守に同意します。

同意日： 年 月 日

社名： _____

事業所名： _____

特約店
責任薬剤師署名： _____

変更なし

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター へ

特約店責任薬剤師

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**）を使用するにあたり、「サリドマイド製剤安全管理手順」（TERMS[®]）を理解し、遵守に同意します。

同意日： 年 月 日

社名： _____

事業所名： _____

特約店
責任薬剤師署名： _____

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター あて

登録申請書（処方医師）

		登録申請日	年		月	日
施設名	以下の全てを満たす					
	<input type="checkbox"/> 本剤投与に関して、緊急時に十分対応できる設備を有する <input type="checkbox"/> 本剤を院内にて調剤することが可能である					
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"/>
	・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	<input type="text"/>				
	医籍登録番号	<input type="text"/>				
【登録要件の確認】 以下の全てを満たす <input type="checkbox"/> サリドマイドの催奇形性及び本手順に関する情報提供を受け、理解している <input type="checkbox"/> 本手順の遵守に同意する <input type="checkbox"/> 産科婦人科医師と連携を図ることに同意が得られている <input type="checkbox"/> 研修医ではない（ただし、日本血液学会認定血液専門医は除く） <input type="checkbox"/> 次のいずれかに該当する <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"/> 日本血液学会認定血液専門医と連携が可能である <small>注2)</small> <input type="checkbox"/> 過去に TERMS に登録の上、本剤の多発性骨髄腫に対する処方経験を有する <input type="checkbox"/> 上記以外である <small>注3)</small>						

注1)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)日本血液学会認定血液専門医の証明書(写)及び連携を証明する文書又は文書(写)が必要です。
 注3)TERMS 委員会の評価が必要です。

変更なし

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター あて

登録申請書（処方医師）

		登録申請日	年		月	日
施設名	以下の全てを満たす					
	<input type="checkbox"/> 本剤投与に関して、緊急時に十分対応できる設備を有する <input type="checkbox"/> 本剤を院内にて調剤することが可能である					
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"/>
	・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	<input type="text"/>				
	医籍登録番号	<input type="text"/>				
【登録要件の確認】 以下の全てを満たす <input type="checkbox"/> サリドマイドの催奇形性及び本手順に関する情報提供を受け、理解している <input type="checkbox"/> 本手順の遵守に同意する <input type="checkbox"/> 産科婦人科医師と連携を図ることに同意が得られている <input type="checkbox"/> 研修医ではない（ただし、日本血液学会認定血液専門医は除く） <input type="checkbox"/> 次のいずれかに該当する <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"/> 日本血液学会認定血液専門医と連携が可能である <small>注2)</small> <input type="checkbox"/> 過去に TERMS に登録の上、本剤の多発性骨髄腫に対する処方経験を有する <input type="checkbox"/> 上記以外である <small>注3)</small>						

注1)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)日本血液学会認定血液専門医の証明書(写)及び連携を証明する文書又は文書(写)が必要です。
 注3)TERMS 委員会の評価が必要です。

らい性結節性紅斑

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター あて

登録申請書（処方医師）

	登録申請日	年	月	日
施設名	以下の全てを満たす <input type="checkbox"/> 本剤投与に関して、緊急時に十分対応できる設備を有する <input type="checkbox"/> 本剤を院内にて調剤することが可能である			
所在地	〒 TEL: () - FAX: () -			
処方医師	氏名	<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。			
	所属	<input type="text"/>		
	医籍登録番号	<input type="text"/>		
【登録要件の確認】 以下の全てを満たす <input type="checkbox"/> サリドマイドの催奇形性及び本手順に関する情報提供を受け、理解している <input type="checkbox"/> 本手順の遵守に同意する <input type="checkbox"/> 産科婦人科医師と連携を図ることに同意が得られている <input type="checkbox"/> 研修医ではない（ただし、日本皮膚科学会認定皮膚科専門医は除く） <input type="checkbox"/> 次のいずれかに該当する <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 日本皮膚科学会認定皮膚科専門医^{注1)}又は国立ハンセン病療養所に勤務する常勤医師である <input type="checkbox"/> 日本皮膚科学会認定皮膚科専門医又は国立ハンセン病療養所に勤務する常勤医師と連携が可能である^{注2)} <input type="checkbox"/> 過去に TERMS に登録の上、本剤のらい性結節性紅斑に対する処方経験を有する <input type="checkbox"/> 上記以外である^{注3)} 				

注1)日本皮膚科学会認定皮膚科専門医の証明書(写)が必要です。

注2)日本皮膚科学会認定皮膚科専門医と連携の場合は、日本皮膚科学会認定皮膚科専門医の証明書(写)及び連携を証明する文書又は文書(写)が必要です。国立ハンセン病療養所に勤務する常勤医師と連携の場合は、連携を証明する文書又は文書(写)が必要です。

注3)TERMS 委員会の評価が必要です。

らい性結節性紅斑

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター あて

登録申請書（処方医師）

	登録申請日	年	月	日
施設名	以下の全てを満たす <input type="checkbox"/> 本剤投与に関して、緊急時に十分対応できる設備を有する <input type="checkbox"/> 本剤を院内にて調剤することが可能である			
所在地	〒 TEL: () - FAX: () -			
処方医師	氏名	<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。			
	所属	<input type="text"/>		
	医籍登録番号	<input type="text"/>		
【登録要件の確認】 以下の全てを満たす <input type="checkbox"/> サリドマイドの催奇形性及び本手順に関する情報提供を受け、理解している <input type="checkbox"/> 本手順の遵守に同意する <input type="checkbox"/> 産科婦人科医師と連携を図ることに同意が得られている <input type="checkbox"/> 研修医ではない（ただし、日本皮膚科学会認定皮膚科専門医は除く） <input type="checkbox"/> 次のいずれかに該当する <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 日本皮膚科学会認定皮膚科専門医^{注1)}又は国立ハンセン病療養所に勤務する常勤医師である <input type="checkbox"/> 日本皮膚科学会認定皮膚科専門医又は国立ハンセン病療養所に勤務する常勤医師と連携が可能である^{注2)} <input type="checkbox"/> 過去に TERMS に登録の上、本剤のらい性結節性紅斑に対する処方経験を有する <input type="checkbox"/> 上記以外である^{注3)} 				

注1)日本皮膚科学会認定皮膚科専門医の証明書(写)が必要です。

注2)日本皮膚科学会認定皮膚科専門医と連携の場合は、日本皮膚科学会認定皮膚科専門医の証明書(写)及び連携を証明する文書又は文書(写)が必要です。国立ハンセン病療養所に勤務する常勤医師と連携の場合は、連携を証明する文書又は文書(写)が必要です。

注3)TERMS 委員会の評価が必要です。

変更なし

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター へ

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 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。			
	所属			
	薬剤師名簿登録番号			
確認項目	<input type="checkbox"/> サリドマイドの催奇形性及び本手順に関する情報提供を受け、理解している <input type="checkbox"/> 本手順の遵守に同意する			
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			

変更なし

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター へ

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 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。			
	所属			
	薬剤師名簿登録番号			
確認項目	<input type="checkbox"/> サリドマイドの催奇形性及び本手順に関する情報提供を受け、理解している <input type="checkbox"/> 本手順の遵守に同意する			
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（特約店責任薬剤師）

		登録申請日	年	月	日
社名					
	事業所名				
	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"/>
	・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"/> サリドマイドの催奇形性及び本手順に関する情報提供を受け、理解している <input type="checkbox"/> 本手順の遵守に同意する			
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				

変更なし

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
社名					
	事業所名				
	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"/>
	・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"/> サリドマイドの催奇形性及び本手順に関する情報提供を受け、理解している <input type="checkbox"/> 本手順の遵守に同意する			
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				