

処方医師

登録通知書（処方医師）

| | | | | |
|---------------------|------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| | 登録日 | 年 | 月 | 日 |
| 施設名 | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | |
| | TEL: () | - | FAX: () | - |
| 処方医師 | 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 | | | |
| 連携する 産科婦人科 医師 | 施設名: _____ | | | |
| | 医師名: _____ | | | |

処方医師

登録通知書（処方医師）

| | | | | |
|---------------------|------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| | 登録日 | 年 | 月 | 日 |
| 施設名 | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | |
| | TEL: () | - | FAX: () | - |
| 処方医師 | 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 | | | |
| 連携する 産科婦人科 医師 | 施設名: _____ | | | |
| | 医師名: _____ | | | |

変更なし

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 | | | |

変更なし

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 | | | |

施設名：

登録番号：

処方医師名：

登録通知書（患者）

| | | 登録日 | 年 | 月 | 日 | |
|-----------------------|------|------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--|
| 患 者 | 氏名 | <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"/> | |
| | 住所 | 〒 | | | | |
| | | TEL：() - | | | | |
| | 患者群 | | | | | |
| | 生年月日 | 明・大・昭・平 | 年 | 月 | 日 | |
| 疾患名 | | | | | | |
| 薬 剤 管 理 者 | 氏名 | <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 | | |
| 備考 | | | | | | |

施設名：

登録番号：

処方医師名：

登録通知書（患者）

| | | 登録日 | 年 | 月 | 日 |
|--------|--------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 患 者 | 患者識別番号 | | | | |
| | 登録番号 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | 患者群 | | | | |
| | 生年月日 | 明・大・昭・平・西暦 | 年 | 月 | 日 |
| 備考 | | | | | |

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 |
| 社名 | | | | | |
| | 事業所名 | | | | |
| 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"/> |
| | 登録番号 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

変更なし

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 |
| 社名 | | | | | |
| | 事業所名 | | | | |
| 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"/> |
| | 登録番号 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

登録カード (患者用)

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(サルド[®]カベル)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(サルド[®]カベル)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、サルド[®]カベルの添付文書
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》

登録カード (患者用)

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(サルド[®]カベル)以外の調剤を受ける際、
老人福祉施設等へ入所の際には、裏面をご提示ください。


医療機関： _____
登録番号： _____
ご署名： _____

裏面

◆医療従事者・介護職員の方へ◆

この患者さんはサリドマイド製剤(サルド[®]カベル)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、サルド[®]カベルの添付文書
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》

登録情報変更通知書

通知日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

申請者氏名： _____

施設名又は社名及び事業所名： _____

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

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

患者登録番号

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

変更内容

| 【変更前】 | 【変更後】 |
|-------|-------|
| | |

登録情報変更通知書

通知日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

申請者氏名： _____

施設名又は社名及び事業所名： _____

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

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

患者登録番号

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

変更内容

| 【変更前】 | 【変更後】 |
|-------|-------|
| | |

変更なし

サレド[®] カプセル 定期確認調査票

女性患者 B

以下の設問について、前回提出又は初回処方時から今回提出まで の状況をお答えください。
 チェックは該当する に のようにペンにて記入し、間違っただけの場合は を記入してください。

記入後、**所定の封筒に入れ薬剤師にお渡しいただくか、ご自宅から速やかに郵送してください。**

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|----|---|---|---|
| 登録番号 | | | | | | | | | | | | 記入日 | 20 | 年 | 月 | 日 |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|----|---|---|---|

| | | |
|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| ① 本剤の保管・管理を適正に行いましたか。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ② 本剤を他人と共有、他人に譲渡あるいは廃棄しましたか。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ③ 本剤を紛失しましたか。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

【自由記入欄】

お困りのこと（薬を管理する上での不都合等）、ご意見、ご要望等をご自由にご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

〒580-0004
 大阪府松原市西野々2-2-10
 藤本製薬株式会社 TERMS 管理センター
 TEL：0120-001-468 FAX：0120-007-121

サレド[®] カプセル 定期確認票

女性患者 B

FAX：0120-007-121

以下の設問について、前回提出又は初回処方時から今回提出まで の状況をお答えください。
 チェックは該当する に のようにペンにて記入し、間違っただけの場合は を記入してください。

記入後、**診察時に処方医師へお渡しください。**

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|----|---|---|---|
| 登録番号 | | | | | | | | | | | | 記入日 | 20 | 年 | 月 | 日 |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|----|---|---|---|

| | | |
|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| ① 本剤の保管・管理を適正に行いましたか。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ② 本剤を他人と共有、他人に譲渡あるいは廃棄しましたか。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ③ 本剤を紛失しましたか。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

【自由記入欄】

お困りのこと（薬を管理する上での不都合等）、ご意見、ご要望等をご自由にご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

〒580-0004
 大阪府松原市西野々2-2-10
 藤本製薬株式会社 TERMS 管理センター
 TEL：0120-001-468 FAX：0120-007-121

FAX : 0120-007-121

サレド[®]カプセル 遵守状況等確認票

男性患者

チェックは、該当する に のように記入し、間違った場合は を記入してください。

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|---|----------------------------|----------------------------|---|---|---|--|---|--|
| 確認事項(初回処方時及び入院中は確認不要です) | 確認欄 | 処方医師 登録番号 | | | | | | | |
| ①催奇形性のリスクと妊娠回避の必要性を説明した | <input type="checkbox"/> | 処方 医師名 | | | | | | | |
| ②避妊失敗時の対応方法について説明した | | 記入日 | 20 | 年 | 月 | 日 | | | |
| ③薬剤管理者変更について確認した | | | | | | | | | |
| 患者 登録番号 | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院 | |
| 投与量 | 日数 | 未服用薬数量 | 処方数量 | 処方医師コメント | | | | | |
| サレド [®] カプセル100 | <input type="text"/> Cap/日 × <input type="text"/> 日 | - <input type="text"/> Cap | = <input type="text"/> Cap | <input type="checkbox"/> 休薬 <input type="checkbox"/> 中止 | | | | | |
| サレド [®] カプセル50 | <input type="text"/> Cap/日 × <input type="text"/> 日 | - <input type="text"/> Cap | = <input type="text"/> Cap | | | | | | |
| サレド [®] カプセル25 | <input type="text"/> Cap/日 × <input type="text"/> 日 | - <input type="text"/> Cap | = <input type="text"/> Cap | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|-------------------------|--------------------------|-----------------------------|------------------------------|---|--|--|--|--|
| 確認事項(初回調剤時及び入院中は確認不要です) | 確認欄 | 薬剤の紛失 | 処方医師の記載内容 | | | | | |
| ④家庭内での本剤の管理・保管について説明した | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 確認済 | | | | | |
| ⑤本剤の共有・譲渡・廃棄の禁止について説明した | | あり <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| ⑥未服用薬数量を毎回報告することを説明した | | ↓ *紛失届を作成してください | | | | | | |
| ⑦不要薬の調剤元への返却について説明した | | | | | | | | |
| 記入日 | 20 | 年 | 月 | 日 | | | | |
| 薬剤師 コメント | | 責任薬剤師 登録番号 | | | | | | |
| | | 担当 薬剤師名 | | | | | | |

FAX : 0120-007-121

サレド[®]カプセル 遵守状況確認票

男性患者

チェックは、該当する に のように記入し、間違った場合は を記入してください。

| | | | | | | | | | |
|--|---|----------------------------|----------------------------|--|---|---|--|---|--|
| 確認事項(初回処方時及び入院中は確認不要です) | 確認欄 | 処方医師 登録番号 | | | | | | | |
| 患者の定期確認票の提出により記入内容を確認した 又は、提出の必要がないタイミングであることを確認した | <input checked="" type="checkbox"/> した | 処方 医師名 | | | | | | | |
| 患者の病態や理解度により ・催奇形性のリスクと妊娠回避の必要性を説明した ・避妊失敗時の対応方法について説明した ・薬剤管理者の要否等について確認した 又は、患者は説明しなくても充分理解していることを確認した | <input checked="" type="checkbox"/> した | 記入日 | 20 | 年 | 月 | 日 | | | |
| 患者 登録番号 | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院 | |
| 投与量 | 日数 | 未服用薬数量 | 処方数量 | 処方医師コメント | | | | | |
| サレド [®] カプセル100 | <input type="text"/> Cap/日 × <input type="text"/> 日 | - <input type="text"/> Cap | = <input type="text"/> Cap | <input type="checkbox"/> 休薬 <input type="checkbox"/> 中止 <small>(注)</small> | | | | | |
| サレド [®] カプセル50 | <input type="text"/> Cap/日 × <input type="text"/> 日 | - <input type="text"/> Cap | = <input type="text"/> Cap | | | | | | |
| サレド [®] カプセル25 | <input type="text"/> Cap/日 × <input type="text"/> 日 | - <input type="text"/> Cap | = <input type="text"/> Cap | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|-----------------------------|------------------------------|---|--|--|--|--|
| 確認事項(初回調剤時及び入院中は確認不要です) | 確認欄 | 薬剤の紛失 | 処方医師の記載内容 | | | | | |
| 患者の定期確認票の提出により記入内容を確認した 又は、提出の必要がないタイミングであることを確認した | <input checked="" type="checkbox"/> した | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 確認済 | | | | | |
| 患者の病態や理解度により ・家庭内での本剤の管理・保管について説明した ・本剤の共有・譲渡・廃棄の禁止について説明した ・未服用薬数量を毎回報告することを説明した ・不要薬の調剤元への返却について説明した 又は、患者は説明しなくても充分理解していることを確認した | <input checked="" type="checkbox"/> した | あり <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| | | ↓ *紛失届を作成してください | | | | | | |
| 記入日 | 20 | 年 | 月 | 日 | | | | |
| 薬剤師 コメント | | 責任薬剤師 登録番号 | | | | | | |
| | | 担当 薬剤師名 | | | | | | |

(注) 男性患者さんが服用を中止する場合、責任薬剤師等から中止後確認調査票(様式 30)をお渡しの上、4 週間後に記載して処方医師又は責任薬剤師等へ提出するよう患者さんに説明してください。

FAX : 0120-007-121

サレド[®]カプセル 遵守状況等確認票

女性患者 B

チェックは、該当する に のように記入し、間違った場合は を記入してください。

| 確認事項(初回処方時及び入院中は確認不要です) | 確認欄 | 処方医師 登録番号 | | | | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------|----|---|---|---|--|
| ①催奇形性のリスクについて説明した | <input type="checkbox"/> | 処方 医師名 | | | | | |
| ②薬剤管理者変更について確認した | | | | | | | |
| | | 記入日 | 20 | 年 | 月 | 日 | |

処方医師記入欄

患者区分に関する確認事項 (いずれかの欄にチェックを入れてください)

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
上記のいずれにも当てはまらない場合は、現在の状況について以下のいずれかの欄にチェックを入れてください。

年齢にかかわらず、産婦人科専門医が産婦人科診療ガイドライン(婦人科外来編の早発卵巣不全の項)に準じて、定期的に卵巣機能が停止していると確認した
 (確認日____年____月____日) → (次回確認予定日____年____月____日)
 (医療機関: _____ 産婦人科専門医名: _____)

処方医師が、患者の申告を踏まえ、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と判断した
 重篤な身体的理由 { _____ }

注) 上記のいずれにも該当しない場合は女性患者 C に変更してください。女性患者 C の内容の教育と同意書の再提出が必要です。その後、女性患者 C の遵守状況等確認票を用いて処方の手続きを行ってください。

患者登録番号 _____ 外来 入院

| | 投与量 | 日数 | 未服用薬数量 | 処方数量 | 処方医師コメント <input type="checkbox"/> 休薬 <input type="checkbox"/> 中止 |
|---------------------------|---|----|--------|------|---|
| サレド [®] カプセル 100 | <input type="text"/> Cap/日 × <input type="text"/> 日 - <input type="text"/> Cap = <input type="text"/> Cap | | | | |
| サレド [®] カプセル 50 | <input type="text"/> Cap/日 × <input type="text"/> 日 - <input type="text"/> Cap = <input type="text"/> Cap | | | | |
| サレド [®] カプセル 25 | <input type="text"/> Cap/日 × <input type="text"/> 日 - <input type="text"/> Cap = <input type="text"/> Cap | | | | |

薬剤師記入欄

| 確認事項(初回調剤時及び入院中は確認不要です) | 確認欄 | 薬剤の紛失 | 処方医師の記載内容 <input type="checkbox"/> 確認済 | | | |
|-------------------------|--------------------------|---|---|---|---|---|
| ③家庭内での本剤の管理・保管について説明した | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> なし | | | | |
| ④本剤の共有・譲渡・廃棄の禁止について説明した | | あり <input type="checkbox"/> ↓ *紛失届を作成してください | | | | |
| ⑤未服用薬数量を毎回報告することを説明した | | 記入日 | 20 | 年 | 月 | 日 |
| ⑥不要薬の調剤元への返却について説明した | | 責任薬剤師 登録番号 | | | | |
| 薬剤師コメント | | 担当 薬剤師名 | | | | |

FAX : 0120-007-121

サレド[®]カプセル 遵守状況確認票

女性患者 B

チェックは、該当する に のように記入し、間違った場合は を記入してください。

| 確認事項(初回処方時及び入院中は確認不要です) | 確認欄 | 処方医師 登録番号 | | | | | |
|---|--|--------------|----|---|---|---|--|
| 患者の定期確認票の提出により記入内容を確認した 又は、提出の必要がないタイミングであることを確認した | <input checked="" type="checkbox"/> した | 処方 医師名 | | | | | |
| 患者の病態や理解度により ・催奇形性のリスクについて説明した ・薬剤管理者の要否等について確認した 又は、患者は説明しなくても充分理解していることを確認した | <input checked="" type="checkbox"/> した | | | | | | |
| | | 記入日 | 20 | 年 | 月 | 日 | |

処方医師記入欄

患者区分に関する確認事項 (いずれかの欄にチェックを入れてください)

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
上記のいずれにも当てはまらない場合は、現在の状況について以下のいずれかの欄にチェックを入れてください。

年齢にかかわらず、産婦人科専門医が産婦人科診療ガイドライン(婦人科外来編の早発卵巣不全の項)に準じて、定期的に卵巣機能が停止していると確認した
 (確認日____年____月____日) → (次回確認予定日____年____月____日)
 (医療機関: _____ 産婦人科専門医名: _____)

処方医師が、患者の申告を踏まえ、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と判断した
 重篤な身体的理由 { _____ }

注) 上記のいずれにも該当しない場合は女性患者 C に変更してください。女性患者 C の内容の教育と同意書の再提出が必要です。その後、女性患者 C の遵守状況等確認票を用いて処方の手続きを行ってください。

患者登録番号 _____ 外来 入院

| | 投与量 | 日数 | 未服用薬数量 | 処方数量 | 処方医師コメント <input type="checkbox"/> 休薬 <input type="checkbox"/> 中止 |
|---------------------------|---|----|--------|------|---|
| サレド [®] カプセル 100 | <input type="text"/> Cap/日 × <input type="text"/> 日 - <input type="text"/> Cap = <input type="text"/> Cap | | | | |
| サレド [®] カプセル 50 | <input type="text"/> Cap/日 × <input type="text"/> 日 - <input type="text"/> Cap = <input type="text"/> Cap | | | | |
| サレド [®] カプセル 25 | <input type="text"/> Cap/日 × <input type="text"/> 日 - <input type="text"/> Cap = <input type="text"/> Cap | | | | |

薬剤師記入欄

| 確認事項(初回調剤時及び入院中は確認不要です) | 確認欄 | 薬剤の紛失 | 処方医師の記載内容 <input type="checkbox"/> 確認済 | | | |
|--|--|---|---|---|---|---|
| 患者の定期確認票の提出により記入内容を確認した 又は、提出の必要がないタイミングであることを確認した | <input checked="" type="checkbox"/> した | <input type="checkbox"/> なし | | | | |
| 患者の病態や理解度により ・家庭内での本剤の管理・保管について説明した ・本剤の共有・譲渡・廃棄の禁止について説明した ・未服用薬数量を毎回報告することを説明した ・不要薬の調剤元への返却について説明した 又は、患者は説明しなくても充分理解していることを確認した | <input checked="" type="checkbox"/> した | あり <input type="checkbox"/> ↓ *紛失届を作成してください | | | | |
| | | 記入日 | 20 | 年 | 月 | 日 |
| 薬剤師コメント | | 責任薬剤師 登録番号 | | | | |
| | | 担当 薬剤師名 | | | | |

FAX : 0120-007-121

サレド[®]カプセル 遵守状況等確認票

女性患者 C

チェックは、該当する に のように記入し、間違った場合は を記入してください。

処方医師記入欄

| 確認事項(初回処方時及び入院中は確認不要です) | 確認欄 | 処方医師登録番号 | | | | |
|-------------------------|--------------------------|----------|---|---|--|--|
| ①催奇形性のリスクと妊娠回避の必要性を説明した | <input type="checkbox"/> | 処方医師名 | | | | |
| ②4週毎の妊娠検査について説明した | | | | | | |
| ③避妊失敗時の対応方法について説明した | | | | | | |
| ④薬剤管理者変更について確認した | | | | | | |
| 記入日 | 20 | 年 | 月 | 日 | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
| 患者登録番号 | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院 |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|

| | |
|--------|--|
| 妊娠検査結果 | <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陰性でない |
|--------|--|

| 投与量 | 日数 | 未服用薬数量 | 処方数量 | 処方医師コメント <input type="checkbox"/> 休薬 <input type="checkbox"/> 中止 |
|---------------------------|---|---|--------------------------|---|
| サレド [®] カプセル 100 | <input type="text"/> Cap/日 × <input type="text"/> 日 | - <input type="text"/> Cap = <input type="text"/> Cap | <input type="text"/> Cap | |
| サレド [®] カプセル 50 | <input type="text"/> Cap/日 × <input type="text"/> 日 | - <input type="text"/> Cap = <input type="text"/> Cap | <input type="text"/> Cap | |
| サレド [®] カプセル 25 | <input type="text"/> Cap/日 × <input type="text"/> 日 | - <input type="text"/> Cap = <input type="text"/> Cap | <input type="text"/> Cap | |

薬剤師記入欄

| 確認事項(初回調剤時及び入院中は確認不要です) | 確認欄 | 薬剤の紛失 | 処方医師の記載内容 <input type="checkbox"/> 確認済 | |
|-------------------------|--------------------------|---|---|---|
| ⑤家庭内での本剤の管理・保管について説明した | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ↓ *紛失届を作成してください | | |
| ⑥本剤の共有・譲渡・廃棄の禁止について説明した | | | | |
| ⑦未服用薬数量を毎回報告することを説明した | | | | |
| ⑧不要薬の調剤元への返却について説明した | | | | |
| 記入日 | 20 | 年 | 月 | 日 |

| | | | | | | | | | |
|---------|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|
| 薬剤師コメント | | 責任薬剤師登録番号 | | | | | | | |
| | | 担当薬剤師名 | | | | | | | |

FAX : 0120-007-121

サレド[®]カプセル 遵守状況確認票

女性患者 C

チェックは、該当する に のように記入し、間違った場合は を記入してください。

処方医師記入欄

| 確認事項(初回処方時及び入院中は確認不要です) | 確認欄 | 処方医師登録番号 | | | | |
|---|--|----------|---|---|--|--|
| 患者の定期確認票の提出により記入内容を確認した又は、提出の必要がないタイミングであることを確認した患者の病態や理解度により ・催奇形性のリスクと妊娠回避の必要性を説明した ・4週を超えない間隔毎の妊娠検査について説明した ・避妊失敗時の対応方法について説明した ・薬剤管理者の要否等について確認した 又は、患者は説明しなくても充分理解していることを確認した | <input checked="" type="checkbox"/> した | 処方医師名 | | | | |
| 記入日 | 20 | 年 | 月 | 日 | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
| 患者登録番号 | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院 |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|

| | |
|--------|--|
| 妊娠検査結果 | <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陰性でない |
|--------|--|

| 投与量 | 日数 | 未服用薬数量 | 処方数量 | 処方医師コメント <input type="checkbox"/> 休薬 <input checked="" type="checkbox"/> 中止 |
|---------------------------|---|---|--------------------------|--|
| サレド [®] カプセル 100 | <input type="text"/> Cap/日 × <input type="text"/> 日 | - <input type="text"/> Cap = <input type="text"/> Cap | <input type="text"/> Cap | |
| サレド [®] カプセル 50 | <input type="text"/> Cap/日 × <input type="text"/> 日 | - <input type="text"/> Cap = <input type="text"/> Cap | <input type="text"/> Cap | |
| サレド [®] カプセル 25 | <input type="text"/> Cap/日 × <input type="text"/> 日 | - <input type="text"/> Cap = <input type="text"/> Cap | <input type="text"/> Cap | |

注) 女性患者 C として登録されたが、その後女性患者 B に変更になった場合は、登録情報変更申請書を用いて変更手続きを行ってください。その後、女性患者 B 用の遵守状況確認票を用いて処方手続きを行ってください。

薬剤師記入欄

| 確認事項(初回調剤時及び入院中は確認不要です) | 確認欄 | 薬剤の紛失 | 処方医師の記載内容 <input type="checkbox"/> 確認済 | | |
|---|--|---|---|---|---|
| 患者の定期確認票の提出により記入内容を確認した又は、提出の必要がないタイミングであることを確認した患者の病態や理解度により ・家庭内での本剤の管理・保管について説明した ・本剤の共有・譲渡・廃棄の禁止について説明した ・未服用薬数量を毎回報告することを説明した ・不要薬の調剤元への返却について説明した 又は、患者は説明しなくても充分理解していることを確認した | <input checked="" type="checkbox"/> した | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ↓ *紛失届を作成してください | | | |
| 記入日 | 20 | 年 | | 月 | 日 |

| | | | | | | | | | |
|---------|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|
| 薬剤師コメント | | 責任薬剤師登録番号 | | | | | | | |
| | | 担当薬剤師名 | | | | | | | |

注) 女性患者 C は、服用中止 4 週間後も妊娠検査結果が陰性であることの確認が必要です。患者さんへ 4 週間後に妊娠検査の確認のため来院するよう説明してください。

男性患者

サレド[®]カプセル 中止後確認調査票

以下の設問について、本剤服用中止後から4週間後までの状況をお答えください。
 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。

なお、あなたの日常生活に当てはまらない質問が含まれているかもしれませんが、すべての男性患者を対象として確認させていただいておりますのでご了承ください。

記入後、所定の封筒に入れ、郵送してください。

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|----|---|---|---|
| 登録番号 | | | | | | | | | | | | 記入日 | 20 | 年 | 月 | 日 |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|----|---|---|---|

| | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| ① 性交渉がなかったか、または規定された避妊方法を行いましたか。 (性交渉なし、または避妊方法を行った場合は「はい」に記入してください) | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| | | |

ご協力ありがとうございました。

〒580-0004
 大阪府松原市西野々2-2-10
 藤本製薬株式会社 TERMS 管理センター
 TEL : 0120-001-468 FAX : 0120-007-121

男性患者

サレド[®]カプセル 中止後確認調査票

入院患者も確認が必要です

以下の設問について、本剤服用中止後から4週間後までの状況をお答えください。
 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。

なお、あなたの日常生活に当てはまらない質問が含まれているかもしれませんが、すべての男性患者を対象として確認させていただいておりますのでご了承ください。

ご記入の上、責任薬剤師等へご提出ください。

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|----|---|---|---|
| 登録番号 | | | | | | | | | | | | 記入日 | 20 | 年 | 月 | 日 |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|----|---|---|---|

| 確認事項 | 患者記入欄 |
|---|--|
| ① 性交渉がなかったか、または規定された避妊方法を行いましたか。 (性交渉なし、または避妊方法を行った場合は「はい」に記入してください) | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

| | | | | | | | |
|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 責任薬剤師 登録番号 | | | | | | | |
| 担当薬剤師名 (FAX送信者) | | | | | | | |

責任薬剤師等の先生へ
 この用紙を藤本製薬株式会社 TERMS 管理センターへFAXし医療機関で保存してください。

藤本製薬株式会社 TERMS 管理センター
 FAX : 0120-007-121

FAX : 0120-007-121

女性患者 C

サレド[®]カプセル 中止後確認調査票

入院患者も確認が必要です

チェックは、該当する に のように記入し、間違った場合は を記入してください。
 なお、患者の日常生活に当てはまらない質問が含まれているかもしれませんが、すべての女性患者 C を対象として確認させていただいておりますのでご了承ください。
 ご記入の上、責任薬剤師等へご提出ください。

| 確認事項 | 処方医師記入欄 |
|---|--|
| ①妊娠検査の結果は陰性でしたか | <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陰性でない |
| ②性交渉がなかったか、または規定された避妊方法を男性パートナーとともに行いましたか。 (性交渉なし、または避妊方法を行った場合は「はい」に記入してください) | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

記入日 20 年 月 日

| | | | | | | | | | |
|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 処方医師 登録番号 | | | | | | | | | |
| 処方 医師名 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 患者 登録番号 | | | | | | | | | |
|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | |
|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 責任薬剤師 登録番号 | | | | | | | | | |
| 担当薬剤師名 (FAX送信者) | | | | | | | | | |

FAX : 0120-007-121

女性患者 C

サレド[®]カプセル 中止後確認調査票

入院患者も確認が必要です

チェックは、該当する に のように記入し、間違った場合は を記入してください。
 なお、患者の日常生活に当てはまらない質問が含まれているかもしれませんが、すべての女性患者 C を対象として確認させていただいておりますのでご了承ください。
 ご記入の上、責任薬剤師等へご提出ください。

| 確認事項 | 処方医師記入欄 |
|---|--|
| ①妊娠検査の結果は陰性でしたか | <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陰性でない |
| ②性交渉がなかったか、または規定された避妊方法を男性パートナーとともに行いましたか。 (性交渉なし、または避妊方法を行った場合は「はい」に記入してください) | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

記入日 20 年 月 日

| | | | | | | | | | |
|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 処方医師 登録番号 | | | | | | | | | |
| 処方 医師名 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 患者 登録番号 | | | | | | | | | |
|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | |
|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 責任薬剤師 登録番号 | | | | | | | | | |
| 担当薬剤師名 (FAX送信者) | | | | | | | | | |

変更なし

サリドマイド製剤譲受書

譲受年月日： 年 月 日 譲受人

施設所在地：

施設名又は社名及び事業所名：

施設責任者氏名： ⑩

担当者氏名： ⑩

| 譲渡人 | | | | |
|-----|----|----|----|----|
| 品名 | 容量 | 個数 | 数量 | 備考 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

変更なし

サリドマイド製剤譲受書

譲受年月日： 年 月 日 譲受人

施設所在地：

施設名又は社名及び事業所名：

施設責任者氏名： ⑩

担当者氏名： ⑩

| 譲渡人 | | | | |
|-----|----|----|----|----|
| 品名 | 容量 | 個数 | 数量 | 備考 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

サリドマイド製剤譲渡書

譲渡年月日： 年 月 日 譲渡人

施設所在地：

施設名又は社名及び事業所名：

施設責任者氏名： ⑩

担当者氏名： ⑩

| 譲受人 | | | | | 備考 |
|-----|----|----|----|----|----|
| 品名 | 容量 | 個数 | 数量 | 備考 | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

変更なし

サリドマイド製剤譲渡書

譲渡年月日： 年 月 日 譲渡人

施設所在地：

施設名又は社名及び事業所名：

施設責任者氏名： ⑩

担当者氏名： ⑩

| 譲受人 | | | | | 備考 |
|-----|----|----|----|----|----|
| 品名 | 容量 | 個数 | 数量 | 備考 | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

サリドマイド製剤（**サルト®カプセル100**）出納表（特約店責任薬剤師）

| | | | | | | | | | | | |
|-----------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 社名及び事業所名 | | | | | | | | | | | |
| 特約店責任薬剤師名 | | | | | | | | | | | |
| | 特約店責任薬剤師登録番号 | | | | | | | | | | |

| 製造番号 | 本様式は製造番号ごとで使用して下さい。(包装単位、1箱:28Cap) | | | |
|-------|------------------------------------|------|------|--------------|
| 日付 | 受入数量 | 払出数量 | 在庫数量 | 払出先 (医療機関名等) |
| 年 月 日 | 箱 | 箱 | 箱 | |
| 年 月 日 | 箱 | 箱 | 箱 | |
| 年 月 日 | 箱 | 箱 | 箱 | |
| 年 月 日 | 箱 | 箱 | 箱 | |
| 年 月 日 | 箱 | 箱 | 箱 | |
| 年 月 日 | 箱 | 箱 | 箱 | |
| 年 月 日 | 箱 | 箱 | 箱 | |
| 年 月 日 | 箱 | 箱 | 箱 | |
| 年 月 日 | 箱 | 箱 | 箱 | |

注) 同一製造番号の薬剤が在庫数量0箱になるまで、1箇月に1回、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センター (072-339-5885) へ FAX してください。
 ただし1箇月間の出納表に受け入れ及び払い出しがない場合は不要

変更なし

サリドマイド製剤（**サルト®カプセル100**）出納表（特約店責任薬剤師）

| | | | | | | | | | | | |
|-----------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 社名及び事業所名 | | | | | | | | | | | |
| 特約店責任薬剤師名 | | | | | | | | | | | |
| | 特約店責任薬剤師登録番号 | | | | | | | | | | |

| 製造番号 | 本様式は製造番号ごとで使用して下さい。(包装単位、1箱:28Cap) | | | |
|-------|------------------------------------|------|------|--------------|
| 日付 | 受入数量 | 払出数量 | 在庫数量 | 払出先 (医療機関名等) |
| 年 月 日 | 箱 | 箱 | 箱 | |
| 年 月 日 | 箱 | 箱 | 箱 | |
| 年 月 日 | 箱 | 箱 | 箱 | |
| 年 月 日 | 箱 | 箱 | 箱 | |
| 年 月 日 | 箱 | 箱 | 箱 | |
| 年 月 日 | 箱 | 箱 | 箱 | |
| 年 月 日 | 箱 | 箱 | 箱 | |
| 年 月 日 | 箱 | 箱 | 箱 | |
| 年 月 日 | 箱 | 箱 | 箱 | |

注) 同一製造番号の薬剤が在庫数量0箱になるまで、1箇月に1回、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センター (072-339-5885) へ FAX してください。
 ただし1箇月間の出納表に受け入れ及び払い出しがない場合は不要です。

サリドマイド製剤（**サレド[®]カプセル50**）出納表（特約店責任薬剤師）

| | | | | | | | | | | | |
|-----------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 社名及び事業所名 | | | | | | | | | | | |
| 特約店責任薬剤師名 | | | | | | | | | | | |
| | 特約店責任薬剤師登録番号 | | | | | | | | | | |

| 製造番号 | 本様式は製造番号ごとにご使用して下さい。(包装単位、1箱:28Cap) | | | | | | | | | | |
|-------|-------------------------------------|------|------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 日付 | 受入数量 | 払出数量 | 在庫数量 | 払出先 (医療機関名等) | | | | | | | |
| 年 月 日 | 箱 | 箱 | 箱 | | | | | | | | |
| 年 月 日 | 箱 | 箱 | 箱 | | | | | | | | |
| 年 月 日 | 箱 | 箱 | 箱 | | | | | | | | |
| 年 月 日 | 箱 | 箱 | 箱 | | | | | | | | |
| 年 月 日 | 箱 | 箱 | 箱 | | | | | | | | |
| 年 月 日 | 箱 | 箱 | 箱 | | | | | | | | |
| 年 月 日 | 箱 | 箱 | 箱 | | | | | | | | |
| 年 月 日 | 箱 | 箱 | 箱 | | | | | | | | |

注) 同一製造番号の薬剤が在庫数量 0 箱になるまで、1箇月に 1 回藤本製薬株式会社 TERMS 管理センター (072-339-5885) へ FAX してください。

ただし 1 箇月間の出納表に受け入れ及び払い出しがない場合は不要です。

変更なし

サリドマイド製剤（**サレド[®]カプセル50**）出納表（特約店責任薬剤師）

| | | | | | | | | | | |
|-----------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 社名及び事業所名 | | | | | | | | | | |
| 特約店責任薬剤師名 | | | | | | | | | | |
| | 特約店責任薬剤師登録番号 | | | | | | | | | |

| 製造番号 | 本様式は製造番号ごとにご使用して下さい。(包装単位、1箱:28Cap) | | | | | | | | | | |
|-------|-------------------------------------|------|------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 日付 | 受入数量 | 払出数量 | 在庫数量 | 払出先 (医療機関名等) | | | | | | | |
| 年 月 日 | 箱 | 箱 | 箱 | | | | | | | | |
| 年 月 日 | 箱 | 箱 | 箱 | | | | | | | | |
| 年 月 日 | 箱 | 箱 | 箱 | | | | | | | | |
| 年 月 日 | 箱 | 箱 | 箱 | | | | | | | | |
| 年 月 日 | 箱 | 箱 | 箱 | | | | | | | | |
| 年 月 日 | 箱 | 箱 | 箱 | | | | | | | | |
| 年 月 日 | 箱 | 箱 | 箱 | | | | | | | | |
| 年 月 日 | 箱 | 箱 | 箱 | | | | | | | | |

注) 同一製造番号の薬剤が在庫数量 0 箱になるまで、1箇月に 1 回藤本製薬株式会社 TERMS 管理センター (072-339-5885) へ FAX してください。

ただし 1 箇月間の出納表に受け入れ及び払い出しがない場合は不要です。

サリドマイド製剤 (**サルト[®]カプセル25**) 出納表 (特約店責任薬剤師)

| | | | | | | | | | | | |
|-----------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 社名及び事業所名 | | | | | | | | | | | |
| 特約店責任薬剤師名 | | | | | | | | | | | |
| | 特約店責任薬剤師登録番号 | | | | | | | | | | |

| 製造番号 | 本様式は製造番号ごとで使用して下さい。(包装単位、1箱:28Cap) | | | | | | | | | | |
|-------|------------------------------------|------|------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 日付 | 受入数量 | 払出数量 | 在庫数量 | 払出先 (医療機関名等) | | | | | | | |
| 年 月 日 | 箱 | 箱 | 箱 | | | | | | | | |
| 年 月 日 | 箱 | 箱 | 箱 | | | | | | | | |
| 年 月 日 | 箱 | 箱 | 箱 | | | | | | | | |
| 年 月 日 | 箱 | 箱 | 箱 | | | | | | | | |
| 年 月 日 | 箱 | 箱 | 箱 | | | | | | | | |
| 年 月 日 | 箱 | 箱 | 箱 | | | | | | | | |
| 年 月 日 | 箱 | 箱 | 箱 | | | | | | | | |
| 年 月 日 | 箱 | 箱 | 箱 | | | | | | | | |
| 年 月 日 | 箱 | 箱 | 箱 | | | | | | | | |

注) 同一製造番号の薬剤が在庫数量0箱になるまで、1箇月に1回、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センター (072-339-5885) へ FAX してください。

ただし1箇月間の出納表に受け入れ及び払い出しがない場合は不要です。

変更なし

サリドマイド製剤 (**サルト[®]カプセル25**) 出納表 (特約店責任薬剤師)

| | | | | | | | | | | |
|-----------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 社名及び事業所名 | | | | | | | | | | |
| 特約店責任薬剤師名 | | | | | | | | | | |
| | 特約店責任薬剤師登録番号 | | | | | | | | | |

| 製造番号 | 本様式は製造番号ごとで使用して下さい。(包装単位、1箱:28Cap) | | | | | | | | | | |
|-------|------------------------------------|------|------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 日付 | 受入数量 | 払出数量 | 在庫数量 | 払出先 (医療機関名等) | | | | | | | |
| 年 月 日 | 箱 | 箱 | 箱 | | | | | | | | |
| 年 月 日 | 箱 | 箱 | 箱 | | | | | | | | |
| 年 月 日 | 箱 | 箱 | 箱 | | | | | | | | |
| 年 月 日 | 箱 | 箱 | 箱 | | | | | | | | |
| 年 月 日 | 箱 | 箱 | 箱 | | | | | | | | |
| 年 月 日 | 箱 | 箱 | 箱 | | | | | | | | |
| 年 月 日 | 箱 | 箱 | 箱 | | | | | | | | |
| 年 月 日 | 箱 | 箱 | 箱 | | | | | | | | |
| 年 月 日 | 箱 | 箱 | 箱 | | | | | | | | |

注) 同一製造番号の薬剤が在庫数量0箱になるまで、1箇月に1回、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センター (072-339-5885) へ FAX してください。

ただし1箇月間の出納表に受け入れ及び払い出しがない場合は不要です。

記入日 年 月 日

サリドマイド製剤（**サレド[®]カプセル**）不要薬受領書

| | | |
|------------------|---|-----------------------------|
| 施設名 | | |
| | 責任薬剤師登録番号 | <input type="text"/> |
| 不要薬返却者 | <input type="checkbox"/> 患者本人 | |
| | <input type="checkbox"/> 薬剤管理者 | 患者登録番号 <input type="text"/> |
| 不要薬受領日 | 年 月 日 | |
| 不要薬数量 | サレド[®]カプセル 100 | Cap |
| | サレド[®]カプセル 50 | Cap |
| | サレド[®]カプセル 25 | Cap |
| 不要となった理由 | <input type="checkbox"/> 本剤服用中止 <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 藤本製薬MR 不要薬受領者 | | |
| 藤本製薬MR 不要薬受領日 | 年 月 日 | |

変更なし

記入日 年 月 日

サリドマイド製剤（**サレド[®]カプセル**）不要薬受領書

| | | |
|------------------|---|-----------------------------|
| 施設名 | | |
| | 責任薬剤師登録番号 | <input type="text"/> |
| 不要薬返却者 | <input type="checkbox"/> 患者本人 | |
| | <input type="checkbox"/> 薬剤管理者 | 患者登録番号 <input type="text"/> |
| 不要薬受領日 | 年 月 日 | |
| 不要薬数量 | サレド[®]カプセル 100 | Cap |
| | サレド[®]カプセル 50 | Cap |
| | サレド[®]カプセル 25 | Cap |
| 不要となった理由 | <input type="checkbox"/> 本剤服用中止 <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 藤本製薬MR 不要薬受領者 | | |
| 藤本製薬MR 不要薬受領日 | 年 月 日 | |

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター へ

記入日 年 月 日

サリドマイド製剤（サレド[®]カプセル）紛失等の届出書

下記サリドマイド製剤の紛失等につき届出します。

| | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 届出者 | <input type="checkbox"/> 責任薬剤師登録番号 <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 特約店責任薬剤師登録番号 <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 施設名又は社名及び事業所名 | | | | | | | | | | |
| 紛失者 | <input type="checkbox"/> 医療機関関係者 <input type="checkbox"/> 特約店関係者 <input type="checkbox"/> 患者又は患者関係者 患者登録番号 <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 紛失日 | 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 紛失数 | サレド[®]カプセル 100 Cap | | | | | | | | | |
| | サレド[®]カプセル 50 Cap | | | | | | | | | |
| | サレド[®]カプセル 25 Cap | | | | | | | | | |
| 紛失状況 | | | | | | | | | | |

注）本様式の記載後は、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センター（0120-007-121）へ FAX してください。

原本は後日 MR が回収に伺います。

この書類が誤送信されてきた場合はお手数をお掛けしますが上記 FAX 番号に転送の上、速やかに破棄してください。

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター へ

記入日 年 月 日

サリドマイド製剤（サレド[®]カプセル）紛失等の届出書

下記サリドマイド製剤の紛失等につき届出します。

| | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 届出者 | <input type="checkbox"/> 責任薬剤師登録番号 <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 特約店責任薬剤師登録番号 <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 施設名又は社名及び事業所名 | | | | | | | | | | |
| 紛失者 | <input type="checkbox"/> 医療機関関係者 <input type="checkbox"/> 特約店関係者 <input type="checkbox"/> 患者又は患者関係者 患者登録番号 <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 紛失日 | 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 紛失数 | サレド[®]カプセル 100 Cap | | | | | | | | | |
| | サレド[®]カプセル 50 Cap | | | | | | | | | |
| | サレド[®]カプセル 25 Cap | | | | | | | | | |
| 紛失状況 | | | | | | | | | | |

注）本様式の記載後は、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センター（0120-007-121）へ FAX してください。

原本は後日 MR が回収に伺います。

この書類が誤送信されてきた場合はお手数をお掛けしますが上記 FAX 番号に転送の上、速やかに破棄してください。

変更なし