

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（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】 |
|-------|-------|
| | |

男性患者

定期確認調査票

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ますが、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 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 |
| ③ 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 |
| ④ 本剤を紛失しましたか。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑤ 処方調剤時にカプセルシートを持参しましたか。 | <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

女性患者 B

定期確認調査票

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、間違っただけには 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 |
| ④ 処方調剤時にカプセルシートを持参しましたか。 | <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

女性患者 C

定期確認調査票

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。

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 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了いましたか。 (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 |
| ③ 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 |
| ④ 本剤を紛失しましたか。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑤ 処方調剤時にカプセルシートを持参しましたか。 | <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

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) | 処方医師記入欄 | 患者記入欄 |
|-------------------------|--|--|
| ①催奇形性のリスクについて説明した | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない |
| ②薬剤管理者変更について確認した | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 変更あり |

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 | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院 |
|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|

| | | | | |
|---------------------------|---|----|--------|------|
| サレド [®] カプセル 100 | 投与量 | 日数 | 未服用薬数量 | 処方数量 |
| | <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 | 投与量 | 日数 | 未服用薬数量 | 処方数量 |
| | <input type="text"/> Cap/日 × <input type="text"/> 日 - <input type="text"/> Cap = <input type="text"/> Cap | | | |

薬剤師確認

確認済

確認済

薬剤の紛失

なし あり

*紛失届を作成
してください

| | |
|--------------|---|
| 処方医師 コメント | <input type="checkbox"/> 休薬 <input type="checkbox"/> 中止 |
|--------------|---|

| 確認事項(初回調剤時及び入院中は確認不要です) | 薬剤師記入欄 | 患者記入欄 |
|-------------------------|--|--|
| ③家庭内での本剤の管理・保管について説明した | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない |
| ④本剤の共有・譲渡・廃棄の禁止について説明した | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない |
| ⑤カプセルシートを毎回持参することを説明した | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない |
| ⑥不要薬の調剤元への返却について説明した | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない |

記入日 20 年 月 日

| | | | | | |
|---------------|--|--|--|--|--|
| 責任薬剤師 登録番号 | | | | | |
| 担当 薬剤師名 | | | | | |

FAX : 0120-007-121

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。

| 確認事項(初回処方時及び入院中は確認不要です) | 処方医師記入欄 | 患者記入欄 |
|-------------------------|--|--|
| 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"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない |
| ②4週毎の妊娠検査について説明した | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない |
| ③避妊失敗時の対応方法について説明した | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない |
| ④薬剤管理者変更について確認した | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 変更あり |

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 外来 入院

妊娠検査結果 陰性 陰性でない

薬剤師確認
 確認済
 確認済
 確認済

サレド[®] カプセル 100 投与量 Cap/日 × 日数 日 - 未服用薬数量 Cap = 処方数量 Cap

サレド[®] カプセル 50 投与量 Cap/日 × 日数 日 - 未服用薬数量 Cap = 処方数量 Cap

薬剤の紛失
 なし あり
↓
*紛失届を作成してください

処方医師コメント 休薬 中止

| 確認事項(初回調剤時及び入院中は確認不要です) | 薬剤師記入欄 | 患者記入欄 |
|-------------------------|--|--|
| ⑤家庭内での本剤の管理・保管について説明した | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない |
| ⑥本剤の共有・譲渡・廃棄の禁止について説明した | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない |
| ⑦カプセルシートを毎回持参することを説明した | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない |
| ⑧不要薬の調剤元への返却について説明した | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない |

記入日 20 年 月 日

責任薬剤師登録番号
担当薬剤師名

責任薬剤師登録番号

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

様

遵守状況等確認結果

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

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

| | | | | |
|-----|----|---|---|---|
| 確認日 | 20 | 年 | 月 | 日 |
|-----|----|---|---|---|

| | |
|--|--|
| サレド[®]カプセル100 調剤カプセル数(Cap) | |
|--|--|

| | |
|---|--|
| サレド[®]カプセル50 調剤カプセル数(Cap) | |
|---|--|

上記調剤の確認結果は以下のとおりです。

| | |
|-----|------|
| 調剤可 | 調剤不可 |
|-----|------|

| | | |
|--------|----|------|
| 定期確認調査 | 不要 | 今回必要 |
|--------|----|------|

| | |
|----|--|
| 備考 | |
|----|--|

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

〒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

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