



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いましたか。 (性交渉なし、避妊方法を行った場合、または妊娠検査が不要な方は「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 : 0 1 2 0 - 0 0 7 - 1 2 1

**サレド<sup>®</sup> 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。

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									

\* : 妊娠検査不要の場合は①の「妊娠回避の必要性」及び②③の説明は不要です

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

妊娠検査必要な場合	チェックをしてください いずれかの <input type="checkbox"/> に	妊娠検査結果: <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陰性でない
妊娠検査不要な場合		<input type="checkbox"/> 処方医師が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 身体的理由 { } <input type="checkbox"/> 産婦人科専門医が卵巣機能停止と判断 (判定日 年 月 日) → (次回判定予定日 年 月 日) (医療機関: _____ 産婦人科専門医名: _____)

サレド <sup>®</sup> カプセル 100	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
	<input type="text"/> Cap/日 ×	<input type="text"/> 日	<input type="text"/> Cap =	<input type="text"/> Cap	
サレド <sup>®</sup> 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	

確認事項(初回調剤時・入院中及び中止時は確認不要です)	確認欄	薬剤の紛失	処方医師の記載内容
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	<input type="checkbox"/> 確認済
⑥本剤の共有・譲渡・廃棄の禁止について説明した			
⑦未服用薬が残っているカプセルシートを次回持参することを説明した		記入日	20 年 月 日
⑧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	