

遵守状況等確認冊子

遵守状況等確認冊子には
処方前に医師が患者に
行う相互確認内容
(様式24, 25, 26の確認内容)
とその記録用紙
「遵守状況等確認票(A)」、
(様式24, 25, 26) 及び
調剤前に薬剤師と患者が
行う相互確認内容
(様式27, 28の確認内容)
が含まれている。

47

カプセルシート

**このお薬の服用方法と取り扱いについて
重要な注意があります。**

裏面の「服用における注意事項」を必ず
お読みください。

このお薬は重大な副作用があります。

処方を受けた患者さん以外は
決して服用しないでください。

このお薬は私にとって大切なものです。
拾われた方は表面の医療機関、または
藤本製薬株式会社までご連絡くださ
いますようお願いいたします。

藤本製薬株式会社
 Fujimoto Pharmaceutical Corporation
 大阪府松原市西大塚1丁目3-40
 TEL : 0120-001-468

(サリドマイド: Thalidomide)

カプセルシート 日分
(1カプセルシート7日分まで)

調剤日	年 月 日
お名前	さま

医療機関名・電話番号

次回診察時にこのカプセルシートが必要です。

(サリドマイド: Thalidomide) カプセルシート

48