

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： \_\_\_\_\_

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：\_\_\_\_\_

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

患者氏名：\_\_\_\_\_

患者登録番号：

--	--	--	--	--	--	--	--

変更内容

【 変更前 】	【 変更後 】

男性患者

## 診察前調査票

全面改訂版

登録番号								記入日	年	月	日
								生年月日	明・大・昭・平	年	月

以下の設問について、当該調査票の前回提出から今回提出までの状況についてお答えください。

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。

## 1. サリドマイド製剤の管理状況について以下に該当することがありましたか。

1- サリドマイド製剤を、紛失してしまった。	はい	いいえ
1- サリドマイド製剤を、他人に譲ってしまった。	はい	いいえ
1- サリドマイド製剤を、捨ててしまった。	はい	いいえ
1- サリドマイド製剤を、カプセルシートから取り出して別の容器で保管してしまった。	はい	いいえ
1 つでも『はい』とお答えになった場合は、その理由を【6.自由記入欄】へご記入ください。		

## 2. 服用状況について以下に該当することがありましたか。

2- 飲み忘れはありません。	はい	いいえ
2- カプセルシートへの服用状況の記入もれはありません。 『いいえ』とお答えになった場合、記入もれを記載してから受診してください。	はい	いいえ
1 つでも『いいえ』とお答えになった場合は、その理由を【6.自由記入欄】へご記入ください。		

カプセルシートは受診ごとに必ず持参し、処方医師、薬剤師へご提示ください。

## 3. 性交渉について以下に該当することがありましたか。

3- ラテックスコンドームを着用せずに性交渉を行ってしまった。	はい	いいえ
3- 妊婦と性交渉を行ってしまった。	はい	いいえ
1 つでも『はい』とお答えになった場合、そのことを処方医師へ連絡されましたか。 『いいえ』とお答えになった場合は、直ちに処方医師へご連絡ください。		

## 4. パートナーについて以下に該当することがありましたか。

4- パートナーはいますが妊娠はしていません。または、パートナーはいません。	はい	いいえ
『いいえ』とお答えになった場合、そのことを処方医師へ連絡されましたか。 『いいえ』とお答えになった場合は、直ちに処方医師へご連絡ください。		

## 5. あなたの薬剤管理者について以下に該当することがありましたか。

5- 薬剤管理者の変更がありました。	はい	いいえ
『はい』とお答えになられた方は、処方医師まで薬剤管理者が変更になったことを伝えてください。		

## 6. 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。

〔記入欄〕

この書類は、医師又は薬剤師には見せずに、診察日の前日までに下記へ FAX してください。  
前日までに FAX できなかった場合は、当日の診察までに FAX してください。

FAX : 0 1 2 0 - 0 0 7 - x x x (藤本製薬株式会社 TERMS 管理センター)

女性患者B

## 診察前調査票

全面改訂版

登録番号								記入日	年	月	日
								生年月日	明・大・昭・平	年	月

以下の設問について、当該調査票の前回提出から今回提出までの状況についてお答えください。

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。

## 1. サリドマイド製剤の管理状況について以下に該当することがありましたか。

1- サリドマイド製剤を、紛失してしまった。	はい	いいえ
1- サリドマイド製剤を、他人に譲ってしまった。	はい	いいえ
1- サリドマイド製剤を、捨ててしまった。	はい	いいえ
1- サリドマイド製剤を、カプセルシートから取り出して別の容器で保管してしまった。	はい	いいえ
1 つでも『はい』とお答えになった場合は、その理由についてご記入ください。		
〔記入欄〕		

## 2. 服用状況について以下に該当することがありましたか。

2- 飲み忘れはありません。	はい	いいえ
2- カプセルシートへの服用状況の記入もれはありません。 『いいえ』とお答えになった場合、記入もれを記載してから受診してください。	はい	いいえ
1 つでも『いいえ』とお答えになった場合は、その理由についてご記入ください。		
〔記入欄〕		

カプセルシートは受診ごとに必ず持参し、処方医師、薬剤師へご提示ください。

## 3. あなたの薬剤管理者について以下に該当することがありましたか。

3- 薬剤管理者の変更がありました。	はい	いいえ
『はい』とお答えになられた方は、処方医師まで薬剤管理者が変更になったことを伝えてください。		

## 4. 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。

〔記入欄〕
-------

この書類は、医師又は薬剤師には見せずに、診察日の前日までに下記へ FAX してください。  
前日までに FAX できなかった場合は、当日の診察までに FAX してください。

FAX : 0 1 2 0 - 0 0 7 - x x x (藤本製薬株式会社 TERMS 管理センター)

女性患者C

## 診察前調査票

全面改訂版

登録番号								記入日	年	月	日
								生年月日	明・大・昭・平	年	月

以下の設問について、当該調査票の前回提出から今回提出までの状況についてお答えください。

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。

## 1. サリドマイド製剤の管理状況について以下に該当することがありましたか。

1- サリドマイド製剤を、紛失してしまった。	はい	いいえ
1- サリドマイド製剤を、他人に譲ってしまった。	はい	いいえ
1- サリドマイド製剤を、捨ててしまった。	はい	いいえ
1- サリドマイド製剤を、カプセルシートから取り出して別の容器で保管してしまった。	はい	いいえ
1つでも『はい』とお答えになった場合は、その理由についてご記入ください。		
〔記入欄〕		

## 2. 服用状況について以下に該当することがありましたか。

2- 飲み忘れはありません。	はい	いいえ
2- カプセルシートへの服用状況の記入もれはありません。 『いいえ』とお答えになった場合、記入もれを記載してから受診してください。	はい	いいえ
1つでも『いいえ』とお答えになった場合は、その理由についてご記入ください。		
〔記入欄〕		

カプセルシートは受診ごとに必ず持参し、処方医師、薬剤師へご提示ください。

## 3. 性交渉について以下に該当することがありましたか。

3- 性交渉を行わなかった。または、規定された避妊方法を実施しました。	はい	いいえ
『いいえ』とお答えになった場合、そのことを処方医師へ連絡されましたか。 『いいえ』とお答えになった場合は、直ちに処方医師へご連絡ください。	はい	いいえ

## 4. あなたの薬剤管理者について以下に該当することがありましたか。

4- 薬剤管理者の変更がありました。	はい	いいえ
『はい』とお答えになられた方は、処方医師まで薬剤管理者が変更になったことを伝えてください。		

## 5. 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。

〔記入欄〕
-------

この書類は、医師又は薬剤師には見せずに、診察日の前日までに下記へ FAX してください。  
前日までに FAX できなかった場合は、当日の診察までに FAX してください。

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

# 遵守状況等確認票 (A)

男性患者

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。

## 注意事項

	医師	患者
1	説明した	はい いいえ
2	説明した	はい いいえ
3	説明した	はい いいえ
4	説明した	はい いいえ

## 確認事項

	医師	患者
5	なかった あった	なかった あった
6	行っていない 行った	行っていない 行った
7	妊娠していない 妊娠した	妊娠していない 妊娠した
8	行っていない 行った	行っていない 行った
9	行っていない 行った	行っていない 行った
10	変更なし 変更あり	変更なし 変更あり

削除: 性交渉

削除: 避妊した

削除: 避妊した

削除: 避妊しなかった

削除: 避妊しなかった

削除: 6  
避妊

削除: なかった

削除: なかった

削除: あった

削除: あった

削除: 8  
献血等

削除: 私が遵守すべき事項を実施、

削除: 下記処方を行います

### 【処方医師記入欄】

上記の事項等を確認しました

記入日 2 0 年 月 日

処方医師  
署名

処方医師  
登録番号

未服用薬数量

Cap

紛失数量#

Cap

# 紛失があった場合  
薬剤部(科)にて紛失届を作成  
してください

必要数量

Cap/日 ×

日

今回処方数量

Cap

### 【患者さん記入欄】

治療に関する同意説明の内容を理解し、同意いたします

上記の事項等を確認しました

患者署名

患者  
登録番号

削除: 上記 私が遵守すべき事項を  
実施、確認しました

注) 薬剤部(科): この用紙を切り離して、お預かりください。後日 MR が回収させていただきます。

注意事項

1	本剤の主成分であるサリドマイドは胎児の発育に影響するため、 <u>定められた期間中は妊娠回避が必要な</u> ことを知っていますか。
2	本剤治療中は <u>性交渉を避けるか、性交渉をする場合にはラテックスコンドームを着用し</u> なければならないこと、また、本剤による治療を中止しても、その後 8 週間は妊娠回避を続けなければならないことを知っていますか。
3	パートナーが、妊娠するかもしれない場合は直ちに処方医師に連絡することを知っていますか。
4	本剤治療中および中止後 8 週間は <u>精子・精液の提供</u> ができないことを知っていますか。

削除: させてはいけない

削除: 異性との

削除: 安全管理基準に規定された 1 種類ずつの避妊方法を男女がそれぞれ同時に

削除: 献血、

確認事項 (確認期間: 前回診察日 ~ 今回診察日)

5	(初回処方時不要) 確認期間中に妊娠 <u>している女性</u> と性交渉がありましたか。
6	(初回処方時不要) <u>ラテックスコンドームを着用せずに性交渉</u> を行いましたか。
7	(初回処方時不要) パートナーが、確認期間中に妊娠しましたか。
8	(初回処方時不要) 確認期間中に <u>精子・精液を</u> 提供しましたか。
9	(初回処方時不要) 確認期間中に本剤を他人と共有した、譲った、または廃棄しましたか。 (不要になった本剤は捨てずに薬剤師に届けてください。)
10	薬剤管理者を <u>変更</u> しましたか。 (変更になる予定がある場合には、処方医師に申し出てその指示に従ってください。)

削除: する可能性のある

削除: あるいは妊娠した女性

削除: (確認期間中に性交渉があった場合)、  
男女がそれぞれ同時に安全管理基準に規定された 1 種類ずつの避妊をしましたか

削除: 献血、

削除: の

削除: のいずれか 1 つでもありましたか

削除: パートナー

# 遵守状況等確認票 (A)

女性患者 B<sub>2</sub>

削除：妊娠する可能性のない女性患者

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。

## 注意事項

	医師	患者
1	説明した	はい いいえ
2	説明した	はい いいえ

## 確認事項

	医師	患者
3	<del>行っていない</del> 授乳 行った	<del>行っていない</del> 行った
4 共有 譲渡 廃棄	行っていない 行った	行っていない 行った
5 関係者	変更なし 変更あり	変更なし 変更あり

削除：なかった

削除：なかった

削除：献血等

削除：あった

削除：あった

### 【処方医師記入欄】

上記の事項等を確認しました

記入日 2 0 年 月 日

処方医師  
署名

処方医師  
登録番号

削除：私が遵守すべき

削除：実施、

削除：、下記処方を行います

未服用薬数量 Cap

紛失数量# Cap # 紛失があった場合  
薬剤部(科)にて紛失届を作成  
してください

必要数量 Cap/日 × 日

今回処方数量 Cap

### 【患者さん記入欄】

治療に関する同意説明の内容を理解し、同意いたします

上記の事項等を確認しました

患者署名

患者  
登録番号

削除：上記 私が遵守すべき事項  
を実施、確認しました

注) 薬剤部(科):この用紙を切り離して、お預かりください。後日 MR が回収させていただきます。

注意事項

1	本剤の主成分であるサリドマイドは胎児の発育に影響することを知っていますか。
2	本剤治療中および中止後 8 週間は授乳ができないことを知っていますか。

削除：献血、

削除：の提供

確認事項 (確認期間: 前回診察日 ~ 今回診察日)

3	(初回処方時不要) 確認期間中に授乳を <u>しましたか。</u>
4	(初回処方時不要) 確認期間中に本剤を他人と共有した、譲った、または廃棄しましたか。 (不要になった本剤は捨てずに薬剤師に届けてください。)
5	薬剤管理者を <u>変更</u> しましたか。 (変更になる予定がある場合には、処方医師に申し出てその指示に従ってください。)

削除：献血、

削除：の

削除：提供

削除：のいずれか1つでもありましたか。

削除：・パートナー

# 遵守状況等確認票 (A)

女性患者

削除：妊娠する可能性のある女性患者

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。

## 注意事項

	医師	患者
1	説明した	はい いいえ
2	説明した	はい いいえ
3	説明した	はい いいえ
4	説明した	はい いいえ
5	説明した	はい いいえ

## 確認事項

	医師	患者
6 妊娠回避	はい いいえ	はい いいえ
7 妊娠	陰性だった 陰性でなかった	陰性だった 陰性でなかった
8 授乳	行っていない 行った	行っていない 行った
9 共有譲渡廃棄	行っていない 行った	行っていない 行った
10 関係者	変更なし 変更あり	変更なし 変更あり

削除：なかった

削除：性交渉

削除：あった

削除：避妊

削除：避妊した

削除：避妊しなかった

削除：献血等

削除：なかった

削除：あった

### 【処方医師記入欄】

上記の事項等を確認しました

記入日 2 0 年 月 日

処方医師  
署名

処方医師  
登録番号

削除：私が遵守すべき

削除：実施、

削除：、下記処方を行います

未服用薬数量 Cap

紛失数量# Cap # 紛失があった場合  
薬剤部(科)にて紛失届を作成  
してください

必要数量 Cap/日 × 日

今回処方数量 Cap

### 【患者さん記入欄】

治療に関する同意説明の内容を理解し、同意いたします

上記の事項等を確認しました

患者署名

患者  
登録番号

削除：上記 私が遵守すべき事項  
を実施、確認しました

注) 薬剤部(科): この用紙を切り離して、お預かりください。後日 MR が回収させていただきます。

注意事項及び確認事項の内容

注意事項

1	本剤の主成分であるサリドマイドは胎児の発育に影響するため、 <u>定められた期間中に妊娠回避が必要な</u> ことを知っていますか。
2	本剤治療中は異性との性交渉を避けるか、性交渉をする場合には安全管理 <u>手順</u> に規定された1種類ずつの避妊方法を男女がそれぞれ同時に実施しなければならないこと、また、本剤による治療を中止しても、その後8週間は妊娠回避を続けなければならないことを知っていますか。
3	治療期間中は2週間ごと、治療中止後は4週間後と8週間後に妊娠検査を受けなければならないことを知っていますか。
4	妊娠するかもしれない場合は直ちに本剤の服用は中止し、処方医師に連絡することを知っていますか。
5	本剤治療中および中止後8週間は <u>授乳</u> ができないことを知っていますか。

削除：治療

削除：してはいけない

削除：基準

削除：献血、

削除：の提供

確認事項 (確認期間: 前回診察日 ~ 今回診察日)

6	<u>確認期間中に性交渉を行わなかった</u> 。または規定された避妊方法を実施しましたか。
7	本日病院内で行った妊娠検査の結果は、陰性でしたか。(尿検査: 50 IU/L の感度以上)
8	(初回処方時不要) 確認期間中に <u>授乳を</u> しましたか。
9	(初回処方時不要) 確認期間中に本剤を他人と共有した、譲った、または廃棄しましたか。 (不要になった本剤は捨てずに薬剤師に届けてください。)
10	薬剤管理者を <u>変更</u> しましたか。 (変更になる予定がある場合には、処方医師に申し出てその指示に従ってください。)

削除：確認期間中に性交渉がありましたか。

削除：(確認期間中に性交渉があった場合)男女がそれぞれ同時に安全管理基準に規定された1種類ずつの避妊方法をしましたか。

削除：献血、

削除：の

削除：提供

削除：のいずれか1つでもありましたか。

削除：・パートナー

FAX: 0120-007-xxxx

## 遵守状況等確認票 (B)

男性患者

**女性患者 B**

削除：妊娠する可能性のない女性患者

<b>処方</b> 下記処方内容につき受理いたしました。		記入日	2	0	年		月		日
患者登録番号		処方医師登録番号		処方医師					
必要数量	Cap/日 x	日	未服用薬数量	Cap	今回処方数量	Cap	紛失数量	Cap	

### 注意事項

	薬剤師	患者
1	説明した	はい いいえ
2	説明した	はい いいえ
3	説明した	はい いいえ

### 確認事項

	薬剤師	患者
4	問題なし 問題があったので指導を行った	保管していた 問題があったので説明を受けて理解した
5	紛失なし 紛失あり	紛失なし 紛失あり
6	問題なし 問題があったので指導を行った	理解している 問題があったので説明を受けて理解した

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。

<b>【薬剤師記入欄】</b>		記入日	2	0	年		月		日
上記の事項等を確認しました		薬剤師署名							
新規必要数量		Cap	未服用薬数量		Cap	責任薬剤師登録番号			
<b>【患者さん記入欄】</b>		患者登録番号							
患者署名	裏面にご記入ください				患者登録番号				

削除：私が遵守すべき事項を実施

削除：確認しました

削除：上記 私が遵守すべき事項を実施、確認しました

## 注意事項

1	本剤の主成分であるサリドマイドは胎児に重大な障害の発生、または <del>死産</del> する危険性があるため、 <u>定められた期間中は妊娠回避が必要なことを知っていますか。</u>
2	本剤を共有・譲渡・廃棄できないことを知っていますか。
3	毎回カプセルシートはそのまま持参する必要があることを知っていますか。

削除：死亡

削除：治療中に妊娠させてはいけないことを知っていますか

## 確認事項（確認期間：前回診察日～今回診察日）

4	(初回調剤時不要) 他のお薬や飲食物とは別にして、子供の手の届かない専用の場所に保管していましたか。
5	(初回調剤時不要) 確認期間中に本剤の紛失はありましたか。 (紛失した場合は、『サリドマイド製剤紛失等の届出書』を作成してください。)
6	カプセルシートの使用方法について理解していますか。

FAX: 0120-007-xxxx

## 遵守状況等確認票(B)

**女性患者 C**

削除：妊娠する可能性のある女性患者

<b>処方</b> 下記処方内容につき受理いたしました。		記入日	2	0	年	月	日	
患者登録番号		処方医師登録番号		処方医師				
必要数量	Cap/日 x	日	未服用薬数量	Cap	今回処方数量	Cap	紛失数量	Cap

### 注意事項

	薬剤師	患者
1	説明した	はい いいえ
2	説明した	はい いいえ
3	説明した	はい いいえ

### 確認事項

	薬剤師	患者
4	陰性だった 陰性でなかった	陰性だった 陰性でなかった
5	問題なし 問題があったので 指導を行った	保管していた 問題があったので説明 を受けて理解した
6	紛失なし 紛失あり	紛失なし 紛失あり
7	問題なし 問題があったので 指導を行った	理解している 問題があったので説明 を受けて理解した

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。

<b>【薬剤師記入欄】</b>		記入日	2	0	年	月	日
上記の事項等を確認しました		薬剤師署名					
新規必要数量	Cap	未服用薬数量		Cap	責任薬剤師登録番号		

削除：私が遵守すべき事項を実施、確認しました

<b>【患者さん記入欄】</b>		責任薬剤師登録番号					
上記の事項等を確認しました		患者登録番号					
患者署名	裏面にご記入ください					患者登録番号	

削除：私が遵守すべき事項を実施、確認しました

## 注意事項

1	本剤の主成分であるサリドマイドは胎児に重大な障害の発生、または <del>死産</del> する危険性があるため、 <del>定められた期間中は妊娠回避が必要なことを知っていますか。</del>
2	本剤を共有・譲渡・廃棄できないことを知っていますか。
3	毎回カプセルシートはそのまま持参する必要があることを知っていますか。

削除：死亡

削除：治療中に妊娠してはいけないことを知っていますか

## 確認事項 (確認期間: 前回診察日～今回診察日)

4	本日病院内で行った妊娠検査の結果は、陰性でしたか。(尿検査: 50 IU/L の感度以上)
5	(初回調剤時不要) 他のお薬や飲食物とは別にして、子供の手の届かない専用の場所に保管していましたか。
6	(初回調剤時不要) 確認期間中に本剤の紛失はありましたか。 (紛失した場合は、『サリドマイド製剤紛失等の届出書』を作成してください。)
7	カプセルシートの使用方法について理解していますか。

責任薬剤師登録番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

様

## 遵守状況等確認票（C）

下記調剤の可否は以下のとおりです。

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

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

確認日	2	0			年			月			日
-----	---	---	--	--	---	--	--	---	--	--	---

調剤カプセル数				Cap
---------	--	--	--	-----

調剤の可否	可	否
-------	---	---

〔調剤可の場合〕

上記調剤の情報を登録しました。

〔調剤否の場合〕

以下の問題点に対応願います。

問題点：
------

藤本製薬株式会社  
TERMS 管理センター へ

## 遵守状況等確認票(中止後確認)

男性患者

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。

### 確認事項

	医師	患者
1 <small>妊婦</small>	なかった あった	なかった あった
2 <small>妊娠 回避</small>	<del>行っていない</del> <del>行った</del>	<del>行っていない</del> <del>行った</del>
3 <small>妊娠</small>	妊娠していない 妊娠した	妊娠していない 妊娠した
4 <small>精子 精液</small>	<del>行っていない</del> <del>行った</del>	<del>行っていない</del> <del>行った</del>

削除: 性交渉

削除: 避妊した

削除: 避妊した

削除: 避妊しなかった

削除: 避妊しなかった

削除: 2

避妊

削除: なかった

削除: なかった

削除: あった

削除: あった

削除: 4

献血等

削除: 私が遵守すべき事項を実施、確認しました

削除: 私が遵守すべき事項を実施、確認しました

#### 【処方医師記入欄】

上記の事項を確認しました

記入日 2 0 年 月 日

処方医師  
署名

処方医師  
登録番号

#### 【患者さん記入欄】

上記の事項を確認しました

患者署名

患者  
登録番号

注) 薬剤部(科): この用紙を切り離して、お預かりください。後日 MR が回収させていただきます。

服用中止8週間後に遵守状況等の確認を行います。

服用中止後の遵守状況等の確認は、お薬を受け取った病院で行います。

**確認事項**

1	確認期間中に妊娠 <u>している</u> 女性と性交渉がありましたか。
2	<u>ラテックスコンドームを着用せず</u> に性交渉を行いましたか。
3	パートナーが、確認期間中に妊娠しましたか。
4	確認期間中に精子・精液を <u>提供</u> しましたか。

削除: する可能性のある

削除: あるいは妊娠した女性

削除: (確認期間中に性交渉があった場合)、  
男女がそれぞれ同時に安全管理基準に規定された1種類ずつの避妊しましたか。

削除: 献血、

削除: の

削除: のいずれか1つでもありましたか

服用中止8週間後の確認期間: 服用中止日 ~ 今回診察日

藤本製薬控

藤本製薬株式会社  
TERMS 管理センター へ

## 遵守状況等確認票 (中止後確認)

女性患者 B

削除：妊娠する可能性のない女性患者

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。

### 確認事項

	医師	患者
1	<u>行っていない</u>	<u>行っていない</u>
<u>授乳</u>	<u>行った</u>	<u>行った</u>

削除：なかった

削除：なかった

削除：献血等

削除：あった

削除：あった

削除：私が遵守すべき事項を実施、確認しました

【処方医師記入欄】

上記の事項を確認しました

記入日 2 0 年 月 日

処方医師署名	処方医師登録番号
--------	----------

【患者さん記入欄】

上記の事項を確認しました

患者署名	患者登録番号
------	--------

削除：私が遵守すべき事項を実施、確認しました

注) 薬剤部(科): この用紙を切り離して、お預かりください。後日 MR が回収させていただきます。

服用中止8週間後に遵守状況等の確認を行います。

服用中止後の遵守状況等の確認は、お薬を受け取った病院で行います。

### 確認事項

1	確認期間中に授乳を <u>しましたか。</u>
---	-------------------------

削除：献血、

削除：の

削除：提供のいずれか1つでもあり  
ましたか。

服用中止8週間後の確認期間：服用中止日～今回診察日

## 遵守状況等確認票 (中止後確認)

女性患者 C

削除: 妊娠する可能性のある女性患者

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。

### 確認事項

	医師	患者
1 妊娠回避	はい いいえ	はい いいえ
2 妊娠	陰性だった 陰性でなかった	陰性だった 陰性でなかった
3 授乳	行っていない 行った	行っていない 行った

削除: 避妊した

削除: 避妊した

削除: 避妊しなかった

削除: 避妊しなかった

削除: 避妊

削除: なかった

削除: なかった

削除: 献血等

削除: あった

削除: あった

削除: 私が遵守すべき事項を実施、

削除: 確認しました

### 【処方医師記入欄】

上記の事項を確認しました

記入日 2 0 年 月 日

中止後 4 週間後 8 週間後

処方医師  
署名

処方医師  
登録番号

### 【患者さん記入欄】

上記の事項を確認しました

患者署名

患者  
登録番号

削除: 私が遵守すべき事項を実施、確認しました

注) 薬剤部(科): この用紙を切り離して、お預かりください。後日 MR が回収させていただきます。

服用中止4週間後・8週間後に遵守状況等の確認を行います。

服用中止後の遵守状況等の確認は、お薬を受け取った病院で行います。

### 確認事項

1	確認期間中に性交渉を <u>行わなかった</u> 。または規定された避妊方法を実施しましたか。
2	本日病院内で行った妊娠検査の結果は、陰性でしたか。（尿検査：50 IU/L の感度以上）
3	確認期間中に <u>授乳を</u> しましたか。

削除：確認期間中に性交渉がありましたか。

削除：（確認期間中に性交渉があった場合）男女がそれぞれ同時に安全管理基準に規定された1種類ずつの避妊方法をしましたか。

削除：献血、

削除：の

削除：提供のいずれか1つでもありましたか。

服用中止4週間後の確認期間：服用中止日～今回診察日

服用中止8週間後の確認期間：前回診察日～今回診察日

# 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： ▾

施設責任者氏名： \_\_\_\_\_

担当者氏名：

削除：住所

削除：名称

譲 渡 人				
品 名	容 量	個 数	数 量	備 考
サリドマイド製剤				

# 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： ▾

施設責任者氏名： \_\_\_\_\_

担当者氏名：

削除：住所

削除：名称

譲 受 人				
品 名	容 量	個 数	数 量	備 考
サリドマイド製剤				



サリドマイド製剤出納表（特約店責任薬剤師）

特約店名												
特約店責任薬剤師名				特約店責任薬剤師登録番号								

Lot 番号					本様式は Lot 番号ごとに使用して下さい。
日付	受入数量	払出数量	在庫数量	払出先（医療機関名）	
年 月 日	Cap	Cap	Cap		
年 月 日	Cap	Cap	Cap		
年 月 日	Cap	Cap	Cap		
年 月 日	Cap	Cap	Cap		
年 月 日	Cap	Cap	Cap		
年 月 日	Cap	Cap	Cap		
年 月 日	Cap	Cap	Cap		

注）同一 Lot の薬剤が在庫数量 0Cap 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（0120-007-xxxx）へ FAX してください。

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

サリドマイド製剤不要薬受領書

施設名	
	責任薬剤師登録番号 <input type="text"/>
不要薬返却者	患者本人 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	Cap
不要となった理由	本剤服用中止 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 あて

記入日 年 月 日

### サリドマイド製剤紛失等の届出書

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	責任薬剤師登録番号 <input type="text"/> 特約店責任薬剤師登録番号 <input type="text"/>
施設名	
紛失者	医療機関関係者                      特約店関係者  患者又は患者関係者  患者登録番号 <input type="text"/>
紛失日	年 月 日
紛失数	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-xxxx) へ FAX してください。

原本は後日 MR が回収いたします。