

FAX : 0 1 2 0 - 0 0 7 - x x x

遵守状況等確認票 (B)

男性患者

女性患者 B

処方 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							
必要数量		Cap/日 ×	日	未服用薬数量	Cap	今回処方数量	Cap	紛失数量	Cap
		処方医師							

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。

【薬剤師記入欄】		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		未服用薬数量		Cap					
		責任薬剤師登録番号							

【患者さん記入欄】	
上記の事項等を確認しました	
患者署名	裏面にご記入ください
患者登録番号	

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、または死産する危険性があるため、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。
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。

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 : 0 1 2 0 - 0 0 7 - x x x

遵守状況等確認票 (B)

女性患者 C

処方 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							
必要数量		Cap/日 ×	日	未服用薬数量	Cap	今回処方数量	Cap	紛失数量	Cap
		処方医師							

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。

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

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、または死産する危険性があるため、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。
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。

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 妊婦	なかった あった	なかった あった
2 妊娠回避	行っていない 行った	行っていない 行った
3 妊娠	妊娠していない 妊娠した	妊娠していない 妊娠した
4 精子 精液	行っていない 行った	行っていない 行った

【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	確認期間中に妊娠している女性と性交渉がありましたか。
2	ラテックスコンドームを使用せず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・精液を提供しましたか。

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

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	行っていない	行っていない
授乳	行った	行った

【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	確認期間中に授乳をしましたか。
---	-----------------

服用中止8週間後の確認期間:服用中止日～今回診察日

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター あて

藤本製薬控

遵守状況等確認票(中止後確認)

女性患者 C

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

【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

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	確認期間中に授乳をしましたか。

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：

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：

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。