

藤本製薬株式会社  
TERMS 管理センター あて

登録申請書（責任薬剤師）

	登録申請日	年	月	日
施設名				
所在地	〒			
	TEL : (      )      -      FAX : (      )      -			
責任薬剤師	氏名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	・姓と名の間は、1マス空けてください。 ・お名前を登録しますので、漢字は大きくはっきりとご記入ください。			
	所属			
	薬剤師名簿 登録番号			
確認項目	<input type="checkbox"/> 教育補助ビデオを視聴した			
保管場所の 設置状況	<input type="checkbox"/> 人の出入りが制限された施錠可能な場所にて薬剤管理が可能である			

藤本製薬株式会社  
TERMS 管理センター あて

登録申請書（責任薬剤師）

	登録申請日	年	月	日
施設名				
所在地	〒			
	TEL : (      )      -      FAX : (      )      -			
責任薬剤師	氏名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	・姓と名の間は、1マス空けてください。 ・お名前を登録しますので、漢字は大きくはっきりとご記入ください。			
	所属			
	薬剤師名簿 登録番号			
確認項目	<input type="checkbox"/> 教育補助ビデオを視聴した			
保管場所の 設置状況	<input type="checkbox"/> 人の出入りが制限された施錠可能な場所にて薬剤管理が可能である			



登録申請書（患者）その2  
— 患者及び患者関係者 —

登録申請書（患者）その2  
— 患者及び患者関係者 —

薬剤管理者

氏名	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
・姓と名の間は、1マス空けてください。 ・お名前を登録しますので、漢字は大きくはつきりにご記入ください。								
住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 患者と同じ住所							
	TEL : ( <input type="text"/> ) - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
生年月日						続柄		
明・大・昭・平 年 月 日								
確認項目	<input type="checkbox"/> 教育補助ビデオを視聴した							

薬剤管理者

氏名	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
・姓と名の間は、1マス空けてください。 ・お名前を登録しますので、漢字は大きくはつきりにご記入ください。								
住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 患者と同じ住所							
	TEL : ( <input type="text"/> ) - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
生年月日						続柄		
明・大・昭・平 年 月 日								
確認項目	<input type="checkbox"/> 教育補助ビデオを視聴した							

確認項目（第三者評価機関の調査）

患者さんから電話をし、調査を受けることが可能ですか	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない → <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>理由：</td> </tr> </table>	理由：
理由：		
電話調査ができない場合は記入調査となります。		
調査時期の通知を患者さん宅に郵送してもよろしいですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ →                 「いいえ」の場合は処方医師から調査時期の連絡を受けることとなります。	

確認項目（第三者評価機関の調査）

患者さんから電話をし、調査を受けることが可能ですか	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない → <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>理由：</td> </tr> </table>	理由：
理由：		
電話調査ができない場合は記入調査となります。		
調査時期の通知を患者さん宅に郵送してもよろしいですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ →                 「いいえ」の場合は処方医師から調査時期の連絡を受けることとなります。	

藤本製薬株式会社  
TERMS 管理センター あて

登録申請書（特約店責任薬剤師）

		登録申請日	年	月	日
施設名					
	麻薬卸売業者 免許番号				
所在地	〒				
	TEL : (      )      -      FAX : (      )      -				
特約店 責任薬剤師	削除 【特約店からの要望に伴う】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・姓と名の間は、1マス空けてください。 ・お名前を登録しますので、漢字は大きくはっきりとご記入ください。				
	所属				
	薬剤師名簿 登録番号				
確認項目	<input type="checkbox"/> 教育補助ビデオを視聴した				
保管場所の 設置状況	<input type="checkbox"/> 人の出入りが制限された施設可能な場所にて薬剤管理が可能である				

藤本製薬株式会社  
TERMS 管理センター あて

登録申請書（特約店責任薬剤師）

		登録申請日	年	月	日
社名	【特約店からの要望】				
	事業所名				
	麻薬卸売業者 免許番号				
所在地	〒				
	TEL : (      )      -      FAX : (      )      -				
特約店 責任薬剤師	氏名	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・姓と名の間は、1マス空けてください。 ・お名前を登録しますので、漢字は大きくはっきりとご記入ください。				
	薬剤師名簿 登録番号				
	確認項目	<input type="checkbox"/> 教育補助ビデオを視聴した			
保管場所の 設置状況	<input type="checkbox"/> 人の出入りが制限された施設可能な場所にて薬剤管理が可能である				