

処方医師

登録通知書（処方医師）

		登録日	年 月 日					
施設名	削除 【施設条件の変更に伴い】							
	<input type="checkbox"/> 日本血液学会研修施設 <input type="checkbox"/> 日本血液学会研修施設以外 <small>個人輸入でサリドマイド製剤を取扱っていた医療機関で院内に調剤所を有する施設</small>							
所在地	〒							
	TEL : () - FAX : () -							
処方医師	氏名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	登録番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	所属							
	医籍登録番号							
	確認項目	<input type="checkbox"/> 教育補助ビデオを視聴した <input type="checkbox"/> 研修医ではない						
	【日本血液学会研修施設の医師】 <input type="checkbox"/> 日本血液学会認定血液専門医である <input type="checkbox"/> 院内の日本血液学会認定血液専門医に指導を受けている 指導医師名： _____ 【日本血液学会研修施設以外の施設の医師】 <input type="checkbox"/> 日本血液学会認定血液専門医である <input type="checkbox"/> 院内の日本血液学会認定血液専門医に指導を受けている 指導医師名： _____ <input type="checkbox"/> サリドマイドによる多発性骨髄腫に関する臨床試験の経験を有する <input type="checkbox"/> 日本血液学会研修施設との連携を図ることが可能である							
産科婦人科 医師	施設名： _____ 医師名： _____							

処方医師

登録通知書（処方医師）

		登録日	年 月 日					
施設名	<input type="checkbox"/> 日本血液学会研修施設 <input type="checkbox"/> 日本血液学会研修施設以外							
	〒							
所在地	TEL : () - FAX : () -							
	氏名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
処方医師	登録番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	所属							
	医籍登録番号							
	確認項目	<input type="checkbox"/> 教育補助ビデオを視聴した <input type="checkbox"/> 研修医ではない						
	【日本血液学会研修施設の医師】 <input type="checkbox"/> 日本血液学会認定血液専門医である <input type="checkbox"/> 院内の日本血液学会認定血液専門医に指導を受けている 指導医師名： _____ 【日本血液学会研修施設以外の施設の医師】 <input type="checkbox"/> 日本血液学会認定血液専門医である <input type="checkbox"/> 院内の日本血液学会認定血液専門医に指導を受けている 指導医師名： _____ サリドマイドによる多発性骨髄腫に関する臨床試験の経験を有する 日本血液学会研修施設との連携を図ることが可能である							
	産科婦人科 医師	施設名： _____ 医師名： _____						

記載整備
【施設条件の変更に伴い】

責任薬剤師

登録通知書（責任薬剤師）

	登録日	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"/>
	登録番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	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			

責任薬剤師

登録通知書（責任薬剤師）

	登録日	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"/>
	登録番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	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			

登録通知書（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"/>							
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。	

登録通知書（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"/>							
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。	

特約店責任薬剤師

登録通知書（特約店責任薬剤師）

		登録日	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"/>
	登録号	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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				

特約店責任薬剤師

登録通知書（特約店責任薬剤師）

		登録日	年	月	日	
社名	【特約店からの要望】					
	事業所名					
所在地	麻薬卸売業者 免許番号					
	〒					
		TEL : ()		—	FAX : ()	
特約店 責任薬剤師	氏名	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	登録番号	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	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					