

## 登録カード (患者用のみ)

表面

**患者登録カード**

このカードは TERMS® に登録されている方にお渡し  
しています。登録番号が必要なときにご利用ください。

他の診療科や医療機関を受診する際、院外薬局に  
おいてサリドマイド製剤(サレド<sup>®</sup>カプセル)以外の調剤を  
受ける際には、裏面をご提示ください。


医療機関： \_\_\_\_\_  
氏 名： \_\_\_\_\_  
登録番号： \_\_\_\_\_

裏面

◆医師または薬剤師さんへ◆

この患者さんはサリドマイド製剤(サレド<sup>®</sup>カプセル)を服用中  
です。本製剤は特別な管理が必要です。併用注意、その他  
の詳しい情報につきましては、サレド<sup>®</sup>カプセルの添付文書  
又は藤本製薬のホームページ等でご確認いただくか、下記  
までお問い合わせください。

このカードは患者さんにとって大切なものです。  
捨得された方は下記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 TERMS管理センター  
大阪府松原市西野々2-2-10 ☎ 0120-001-468

《キャッシュカードサイズ》

## 登録カード (患者用のみ)

表面

**患者登録カード**

このカードは TERMS® に登録されている方にお渡し  
しています。登録番号が必要なときにご利用ください。

他の診療科や医療機関を受診する際、院外薬局に  
おいてサリドマイド製剤(サレド<sup>®</sup>カプセル)以外の調剤を  
受ける際には、裏面をご提示ください。


医療機関： \_\_\_\_\_  
氏 名： \_\_\_\_\_  
登録番号： \_\_\_\_\_

裏面

◆医師または薬剤師さんへ◆

この患者さんはサリドマイド製剤(サレド<sup>®</sup>カプセル)を服用中  
です。本製剤は特別な管理が必要です。併用注意、その他  
の詳しい情報につきましては、サレド<sup>®</sup>カプセルの添付文書  
又は藤本製薬のホームページ等でご確認いただくか、下記  
までお問い合わせください。

このカードは患者さんにとって大切なものです。  
捨得された方は下記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 TERMS管理センター  
大阪府松原市西野々2-2-10 ☎ 0120-001-468

《キャッシュカードサイズ》



### 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】

### 登録情報変更申請書

申請日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

申請者氏名： \_\_\_\_\_

施設名又は社名及び事業所名： \_\_\_\_\_

申請者登録番号

【特約店からの要望】

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】

### 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】

### 登録情報変更通知書

通知日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

申請者氏名： \_\_\_\_\_

施設名又は社名及び事業所名： \_\_\_\_\_

申請者登録番号

【特約店からの要望】

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】



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(サレド<sup>®</sup>カプセル)の管理状況についてお聞きします。

1-① カプセルシートから取出し別の容器で保管したことがありましたか。	<input type="checkbox"/> あった	<input type="checkbox"/> なかった
1-② 専用の場所に保管せずに放置したことがありましたか。	<input type="checkbox"/> あった	<input type="checkbox"/> なかった
1-③ 子供の手の届くような場所に保管したことがありましたか。	<input type="checkbox"/> あった	<input type="checkbox"/> なかった
1-④ 紛失しましたか。	<input type="checkbox"/> 紛失した	<input type="checkbox"/> 紛失しなかった
1-⑤ 他人に譲渡しましたか。	<input type="checkbox"/> 譲渡した	<input type="checkbox"/> 譲渡しなかった
1-⑥ 廃棄しましたか。	<input type="checkbox"/> 廃棄した	<input type="checkbox"/> 廃棄しなかった

一つでも『あった』あるいは『した』とお答えになった場合、その経緯や理由等を【6.自由記入欄】へご記入ください。

2. 服用状況についてお聞きします。

2-① 飲み忘れがありましたか。	<input type="checkbox"/> 飲み忘れあり	<input type="checkbox"/> 飲み忘れなし
⇒『飲み忘れあり』とお答えになった場合、カプセルシートにお薬を残した状態で受診時にご持参ください。		
2-② カプセルシートへの服用状況の記入もれがありましたか。	<input type="checkbox"/> 記入もれあり	<input type="checkbox"/> 記入もれなし
⇒『記入もれあり』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。		

※カプセルシートは空であっても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. 性交渉についてお聞きします。

3-① コンドームを使用せずに性交渉を行いましたか。	<input type="checkbox"/> 行った	<input type="checkbox"/> 行っていない
3-② 妊婦と性交渉を行いましたか。	<input type="checkbox"/> 行った	<input type="checkbox"/> 行っていない
一つでも『行った』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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
⇒『いいえ』とお答えになった場合、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。

4-① 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
⇒『いいえ』とお答えになった場合、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お聞きします。

5-① 薬剤管理者の変更がありましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⇒『はい』とお答えになった場合、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〕

この用紙は、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：0120-007-121 (藤本製薬株式会社 TERMS 管理センター)

この書類が誤送信されてきた場合はお手数をお掛けしますが速やかに破棄してください。

廃止



女性患者B

# 診察前調査票

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(サリド<sup>®</sup>カプセル)の管理状況についてお聞きします。

1-①カプセルシートから取出し別の容器で保管したことがありますか。	<input type="checkbox"/> あった	<input type="checkbox"/> なかった
1-②専用の場所に保管せずに放置したことがありますか	<input type="checkbox"/> あった	<input type="checkbox"/> なかった
1-③子供の手の届くような場所に保管したことがありますか。	<input type="checkbox"/> あった	<input type="checkbox"/> なかった
1-④紛失しましたか。	<input type="checkbox"/> 紛失した	<input type="checkbox"/> 紛失しなかった
1-⑤他人に譲渡しましたか。	<input type="checkbox"/> 譲渡した	<input type="checkbox"/> 譲渡しなかった
1-⑥廃棄しましたか。	<input type="checkbox"/> 廃棄した	<input type="checkbox"/> 廃棄しなかった

一つでも『あった』あるいは『した』とお答えになった場合は、その経緯や理由等を【4.自由記入欄】へご記入ください。

## 2. 服用状況についてお聞きします。

2-① 飲み忘れがありましたか。	<input type="checkbox"/> 飲み忘れあり	<input type="checkbox"/> 飲み忘れなし
⇒『飲み忘れあり』とお答えになった場合、カプセルシートにお薬を残した状態で受診時にご持参ください。		
2-② カプセルシートへの服用状況の記入もれがありましたか。	<input type="checkbox"/> 記入もれあり	<input type="checkbox"/> 記入もれなし
⇒『記入もれあり』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。		

※カプセルシートは空であっても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お聞きします。

3-① 薬剤管理者の変更がありましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⇒『はい』とお答えになった場合、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. 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〕

この用紙は、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 : 0120-007-121 (藤本製薬株式会社 TERMS 管理センター)

この書類が誤送信されてきた場合はお手数をお掛けしますが速やかに破棄してください。

# 廃止