

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、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	本剤治療中は性交渉を避けるか、性交渉をする場合にはコンドームを使用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	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 週間は精子・精液の提供ができ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)

5	(初回処方時不要) (2 回目処方時の確認期間: 本剤服用開始時～今回診察日) 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。
6	(初回処方時不要) (2 回目処方時の確認期間: 本剤服用開始時～今回診察日) コンドームを使用せずに性交渉を行いましたか。
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) (2 回目処方時の確認期間: 本剤服用開始時～今回診察日) 確認期間中に精子・精液を提供しましたか。
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	薬剤管理者を変更しましたか。 (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。)

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、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	本剤治療中は性交渉を避けるか、性交渉をする場合にはコンドームを使用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	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 週間は精子・精液の提供ができ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)

5	(初回処方時不要) (2 回目処方時の確認期間: 本剤服用開始時～今回診察日) 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。
6	(初回処方時不要) (2 回目処方時の確認期間: 本剤服用開始時～今回診察日) 避妊を行いましたか。 (性交渉がなかった場合は、避妊を「行った」にチェックしてください。)
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) (2 回目処方時の確認期間: 本剤服用開始時～今回診察日) 確認期間中に精子・精液を提供しましたか。
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	薬剤管理者を変更しましたか。 (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。)

質問の変更
【分かりやすくするため】

遵守状況等確認票(A)

藤本製薬控

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。

注意事項

確認事項

医師		患者	
1	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	<input checked="" type="checkbox"/> 説明した	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

医師		患者	
3 授乳	<input type="checkbox"/> 行っていない 行った <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 行っていない 行った <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 行っていない 行った <input type="checkbox"/>
4 共有譲渡廃棄	<input type="checkbox"/> 行っていない 行った <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 行っていない 行った <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 行っていない 行った <input type="checkbox"/>
5 関係者	<input type="checkbox"/> 変更なし 変更あり <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 変更なし 変更あり <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 変更なし 変更あり <input type="checkbox"/>

「授乳」に関する項目の削除
【医療現場からの指摘
(第6回 TERMS 委員会)】

遵守状況等確認票(A)

藤本製薬控

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。

注意事項

確認事項 (2は初回処方時不要)

医師		患者	
1	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2 共有譲渡廃棄	<input type="checkbox"/> 行っていない 行った <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 行っていない 行った <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 行っていない 行った <input type="checkbox"/>
3 薬剤管理者	<input type="checkbox"/> 変更なし 変更あり <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 変更なし 変更あり <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 変更なし 変更あり <input type="checkbox"/>

初回不要項目の明確化
【間違いが多いため】

番号のずれ
【記載整備】

見出しの変更
【分かりやすくするため】

【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

サレド [®] カプセル 100	未服用薬数量	Cap	紛失数量 [*]	Cap
	必要数量	Cap/日 × 日	今回処方数量	Cap
サレド [®] カプセル 50	未服用薬数量	Cap	紛失数量 [*]	Cap
	必要数量	Cap/日 × 日	今回処方数量	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

【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

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。

【処方医師記入欄】 外来 入院
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

サレド [®] カプセル 100	未服用薬数量	Cap	紛失数量 [*]	Cap
	必要数量	Cap/日 × 日	今回処方数量	Cap
サレド [®] カプセル 50	未服用薬数量	Cap	紛失数量 [*]	Cap
	必要数量	Cap/日 × 日	今回処方数量	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

【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

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。

「授乳」に関する項目の削除
【医療現場からの指摘
(第 6 回 TERMS 委員会)】

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) (2 回目処方時の確認期間: 本剤服用開始時～今回診察日) 確認期間中に授乳をしましたか。
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	薬剤管理者を変更しましたか。 (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。)

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。
---	---------------------------------------

確認事項 (確認期間: 前回診察日～今回診察日)

番号のずれ
【記載整備】

2	(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。)
3	薬剤管理者を変更しましたか。 (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。)