

FAX : 0120-007-121

男性患者
女性患者 B

遵守状況等確認票(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

処方医師

サレド [®] カプセル 100	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
サレド [®] カプセル 50	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

注意事項

	薬剤師	患者
1	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

確認事項

	薬剤師	患者
4	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題があったので指導を行った	<input type="checkbox"/> 保管していた <input type="checkbox"/> 問題があったので説明を受けて理解した
5	<input type="checkbox"/> 紛失なし <input type="checkbox"/> 紛失あり	<input type="checkbox"/> 紛失なし <input type="checkbox"/> 紛失あり
6	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題があったので指導を行った	<input type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 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】 上記の事項等を確認しました

記入日 2 0 年 月 日

薬剤師署名

サレド [®] カプセル 100	新規必要数量	Cap	未服用薬数量	Cap
サレド [®] カプセル 50	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

FAX : 0120-007-121

男性患者
女性患者 B

遵守状況等確認票(B)

【遵守状況等確認票(A)の変更に伴う記載整備】

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

処方医師

外来・入院

サレド [®] カプセル 100	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
サレド [®] カプセル 50	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

注意事項

	薬剤師	患者
1	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

確認事項 (4、5 は初回調剤時不要)

	薬剤師	患者
4	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題があったので指導を行った	<input type="checkbox"/> 保管していた <input type="checkbox"/> 問題があったので説明を受けて理解した
5	<input type="checkbox"/> 紛失なし <input type="checkbox"/> 紛失あり	<input type="checkbox"/> 紛失なし <input type="checkbox"/> 紛失あり
6	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題があったので指導を行った	<input type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 問題があったので説明を受けて理解した

初回不要項目の明確化【間違いが多いため】

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】 上記の事項等を確認しました

記入日 2 0 年 月 日

薬剤師署名

サレド [®] カプセル 100	新規必要数量	Cap	未服用薬数量	Cap
サレド [®] カプセル 50	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

様式 27.

注意事項及び確認事項の内容

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(サレド [®] カプセル)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。

様式 27.

注意事項及び確認事項の内容

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(サレド [®] カプセル)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。