

服用中止4週間後・8週間後に遵守状況等の確認を行います。

服用中止後の遵守状況等の確認は、お薬を受け取った病院で行います。

確認事項

1	確認期間中に性交渉を行わなかった。または規定された避妊方法を実施しましたか。
2	本日病院内で行った妊娠検査の結果は、陰性でしたか。(尿検査:50 IU/Lの感度以上)
3	確認期間中に授乳をしましたか。

服用中止4週間後の確認期間:服用中止日～今回診察日

服用中止8週間後の確認期間:前回診察日～今回診察日

服用中止4週間後・8週間後に遵守状況等の確認を行います。

服用中止後の遵守状況等の確認は、お薬を受け取った病院で行います。

確認事項

1	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。)
2	本日病院内で行った妊娠検査の結果は、陰性でしたか。(尿検査:25 IU/Lの感度以上)
3	確認期間中に授乳をしましたか。

質問の変更  
【分かりやすくするため】

高感度のものに統一  
【第11回TERMS委員会】

服用中止4週間後の確認期間:服用中止日～今回診察日

服用中止8週間後の確認期間:前回診察日～今回診察日

## サ リ ド マ イ ド 製 剤 譲 受 書

譲受年月日：      年      月      日

譲 受 人

施 設 所 在 地：

施 設 名：

施 設 責 任 者 氏 名：

Ⓔ

担 当 者 氏 名：

Ⓔ

譲 渡 人				
品 名	容 量	個 数	数 量	備 考

## サ リ ド マ イ ド 製 剤 譲 受 書

譲受年月日：      年      月      日

譲 受 人

施 設 所 在 地：

施 設 名 又 は 社 名 及 び 事 業 所 名：

【特約店からの要望】

施 設 責 任 者 氏 名：

Ⓔ

担 当 者 氏 名：

Ⓔ

譲 渡 人				
品 名	容 量	個 数	数 量	備 考

<h2 style="margin: 0;">サ リ ド マ イ ド 製 剤 譲 渡 書</h2>				
譲渡年月日：        年        月        日				
譲 渡 人				
施 設 所 在 地：				
施 設 名：				
施設責任者氏名：				㊞
担当者氏名：				㊞
譲 受 人				
品 名	容 量	個 数	数 量	備 考

<h2 style="margin: 0;">サ リ ド マ イ ド 製 剤 譲 渡 書</h2>				
譲渡年月日：        年        月        日				
譲 渡 人				
施 設 所 在 地：				
施設名又は社名及び事業所名：				
施設責任者氏名：				㊞
担当者氏名：				㊞
譲 受 人				
品 名	容 量	個 数	数 量	備 考

【特約店からの要望】

サリドマイド製剤（サレド<sup>®</sup>カプセル 100） 出納表 (責任薬剤師)

No. \_\_\_\_\_

医療機関名						
責任薬剤師名		責任薬剤師 登録番号				

日付 (年月日)	受入数量	払出数量	在庫数量	払出先(患者登録番号) (下3桁でも可)	払出担当者	備考
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			

注) 1箇月に1回、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センター (0120-007-121) まで出納表を FAX 又は MR へお渡しください。

※MR へ提出する場合は、出納表(写)をご提供ください。

サリドマイド製剤（サレド<sup>®</sup>カプセル 100） 出納表 (責任薬剤師)

No. \_\_\_\_\_

医療機関名						
責任薬剤師名		責任薬剤師 登録番号				

日付 (年月日)	受入数量	払出数量	在庫数量	払出先(患者登録番号) (下3桁でも可)	払出担当者	備考
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			
. . .	Cap	Cap	Cap			

注) 1箇月に1回、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センター (0120-007-121) まで出納表を FAX 又は MR へお渡しください。

※MR へ提出する場合は、出納表(写)をご提供ください。

サリドマイド製剤（サレド<sup>®</sup>カプセル50）出納表（責任薬剤師）

No. \_\_\_\_\_

医療機関名							
責任薬剤師名		責任薬剤師登録番号					

日付 (年月日)	受入数量	払出数量	在庫数量	払出先(患者登録番号) (下3桁でも可)	払出担当者	備考
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			

注) 1箇月に1回、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センター (0120-007-121) まで出納表を FAX 又は MR へお渡しください。  
※ MR へ提出する場合は、出納表(写)をご提供ください。

サリドマイド製剤（サレド<sup>®</sup>カプセル50）出納表（責任薬剤師）

No. \_\_\_\_\_

医療機関名							
責任薬剤師名		責任薬剤師登録番号					

日付 (年月日)	受入数量	払出数量	在庫数量	払出先(患者登録番号) (下3桁でも可)	払出担当者	備考
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			

注) 1箇月に1回、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センター (0120-007-121) まで出納表を FAX 又は MR へお渡しください。  
※ MR へ提出する場合は、出納表(写)をご提供ください。