

サリドマイド製剤（**サレド[®]カプセル100**）出納表（特約店責任薬剤師）

特約店名											
特約店責任薬剤師名		特約店責任薬剤師登録番号									

Lot 番号					本様式は Lot 番号ごとに使用して下さい。
日付	受入数量	払出数量	在庫数量	払出先（医療機関名）	
年 月 日	Cap	Cap	Cap		
年 月 日	Cap	Cap	Cap		
年 月 日	Cap	Cap	Cap		
年 月 日	Cap	Cap	Cap		
年 月 日	Cap	Cap	Cap		
年 月 日	Cap	Cap	Cap		
年 月 日	Cap	Cap	Cap		
年 月 日	Cap	Cap	Cap		

注) 同一 Lot の薬剤が在庫数量 0Cap になるまで、1箇月に 1回、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センター（0120-007-121）へ FAX して下さい。

サリドマイド製剤（**サレド[®]カプセル100**）出納表（特約店責任薬剤師）

社名及び事業所名	【特約店からの要望】									
特約店責任薬剤師名		特約店責任薬剤師登録番号								

製造番号					本様式は製造番号ごとに使用して下さい。(包装単位、1箱:28Cap)
日付	受入数量	払出数量	在庫数量	払出先（医療機関名）	
年 月 日	箱	箱	箱	【特約店からの要望】	
年 月 日	箱	箱	箱		
年 月 日	箱	箱	箱		
年 月 日	箱	箱	箱		
年 月 日	箱	箱	箱		
年 月 日	箱	箱	箱		
年 月 日	箱	箱	箱	【記載整備】	
年 月 日	箱	箱	箱		

注) 同一製造番号の薬剤が在庫数量 0箱になるまで、1箇月に 1回、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センター（072-339-5885）へ FAX して下さい。

【特約店からの指摘】 【特約店からの要望】

サリドマイド製剤（**サレド[®]カプセル50**）出納表（特約店責任薬剤師）

特約店名												
特約店責任薬剤師名		特約店責任薬剤師登録番号										

Lot 番号					本様式は Lot 番号ごとに使用して下さい。
日付	受入数量	払出数量	在庫数量	払出先（医療機関名）	
年 月 日	Cap	Cap	Cap		
年 月 日	Cap	Cap	Cap		
年 月 日	Cap	Cap	Cap		
年 月 日	Cap	Cap	Cap		
年 月 日	Cap	Cap	Cap		
年 月 日	Cap	Cap	Cap		
年 月 日	Cap	Cap	Cap		
年 月 日	Cap	Cap	Cap		

注) 同一 Lot の薬剤が在庫数量 0Cap になるまで、1 箇月に 1 回藤本製薬株式会社 TERMS 管理センター（0120-007-121）へ FAX して下さい。

サリドマイド製剤（**サレド[®]カプセル50**）出納表（特約店責任薬剤師）

社名及び事業所名	【特約店からの要望】											
特約店責任薬剤師名		特約店責任薬剤師登録番号										

製造番号					本様式は製造番号ごとに使用して下さい。(包装単位、1箱:28Cap)
日付	受入数量	払出数量	在庫数量	払出先（医療機関名）	
年 月 日	箱	箱	箱	【特約店からの要望】	
年 月 日	箱	箱	箱		
年 月 日	箱	箱	箱		
年 月 日	箱	箱	箱		
年 月 日	箱	箱	箱		
年 月 日	箱	箱	箱		
年 月 日	箱	箱	箱	【記載整備】	

注) 同一製造番号の薬剤が在庫数量 0 箱になるまで、1 箇月に 1 回藤本製薬株式会社 TERMS 管理センター（072-339-5885）へ FAX して下さい。

【特約店からの指摘】 【特約店からの要望】

記入日 年 月 日

記入日 年 月 日

サリドマイド製剤（**サレド[®]カプセル**）不要薬受領書

サリドマイド製剤（**サレド[®]カプセル**）不要薬受領書

施設名	
	責任薬剤師登録番号 <input type="text"/>
不要薬返却者	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 薬剤管理者 患者登録番号 <input type="text"/>
不要薬受領日	年 月 日
不要薬数量	サレド[®]カプセル100 Cap
	サレド[®]カプセル50 Cap
不要となった理由	<input type="checkbox"/> 本剤服用中止 <input type="checkbox"/> その他 ()
藤本製薬 MR 不要薬受領者	
藤本製薬 MR 不要薬受領日	年 月 日

施設名	
	責任薬剤師登録番号 <input type="text"/>
不要薬返却者	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 薬剤管理者 患者登録番号 <input type="text"/>
不要薬受領日	年 月 日
不要薬数量	サレド[®]カプセル100 Cap
	サレド[®]カプセル50 Cap
不要となった理由	<input type="checkbox"/> 本剤服用中止 <input type="checkbox"/> その他 ()
藤本製薬 MR 不要薬受領者	
藤本製薬 MR 不要薬受領日	年 月 日

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター へ

記入日 年 月 日

サリドマイド製剤（サレド[®]カプセル）紛失等の届出書

下記サリドマイド製剤の紛失等につき届出します。

届出者	<input type="checkbox"/> 責任薬剤師登録番号 <input type="checkbox"/> 特約店責任薬剤師登録番号
施設名	
紛失者	<input type="checkbox"/> 医療機関関係者 <input type="checkbox"/> 特約店関係者 <input type="checkbox"/> 患者又は患者関係者 患者登録番号 <input type="text"/>
紛失日	年 月 日
紛失数	サレド [®] カプセル 100 Cap
	サレド [®] カプセル 50 Cap
紛失状況	

注) 本様式の記載後は、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センター (0120-007-121) へ FAX してください。

原本は後日 MR が回収に伺います。

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。

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター へ

記入日 年 月 日

サリドマイド製剤（サレド[®]カプセル）紛失等の届出書

下記サリドマイド製剤の紛失等につき届出します。

届出者	<input type="checkbox"/> 責任薬剤師登録番号 <input type="checkbox"/> 特約店責任薬剤師登録番号
施設名又は社名及び事業所名	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">【特約店からの要望】</div>
紛失者	<input type="checkbox"/> 医療機関関係者 <input type="checkbox"/> 特約店関係者 <input type="checkbox"/> 患者又は患者関係者 患者登録番号 <input type="text"/>
紛失日	年 月 日
紛失数	サレド [®] カプセル 100 Cap
	サレド [®] カプセル 50 Cap
紛失状況	

注) 本様式の記載後は、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センター (0120-007-121) へ FAX してください。

原本は後日 MR が回収に伺います。

【本様式未着への対応】

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上記 FAX 番号に転送の上、速やかに破棄してください。