

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター あて

登録申請書（処方医師）

		登録申請日	年	月	日
施設名	<input type="checkbox"/> 日本血液学会研修施設 <input type="checkbox"/> 日本血液学会研修施設以外 <small>個人輸入でサリドマイド製剤を取扱っていた医療機関で院内に調剤所を有する施設</small>				
	〒				
所在地	TEL : () - FAX : () -				
	氏名				
処方医師	<input type="checkbox"/> 姓と名の間は、1マス空けてください。 <input type="checkbox"/> お名前を登録しますので、漢字は大きくはっきりとご記入ください。				
	所属				
	医籍登録番号				
	確認項目	<input type="checkbox"/> 教育補助ビデオを視聴した <input type="checkbox"/> 研修医ではない			
	【日本血液学会研修施設の医師】 <input type="checkbox"/> 日本血液学会認定血液専門医である <small>注1)</small> <input type="checkbox"/> 院内の日本血液学会認定血液専門医に指導を受けている <small>注1)</small> 指導医師名： _____ 【日本血液学会研修施設以外の施設の医師】 <input type="checkbox"/> 日本血液学会認定血液専門医である <small>注2)</small> <input type="checkbox"/> 院内の日本血液学会認定血液専門医に指導を受けている <small>注2)</small> 指導医師名： _____ <input type="checkbox"/> サリドマイドによる多発性骨髄腫に関する臨床試験の経験を有する <small>注3)</small> <input type="checkbox"/> 日本血液学会研修施設との連携を図ることが可能である <small>注4)</small>				

注1) 日本血液学会研修施設の証明書(写)及び日本血液学会認定血液専門医の証明書(写)が必要です。
 注2) サリドマイド製剤の薬監証明(写)及び日本血液学会認定血液専門医の証明書(写)が必要です。
 注3) サリドマイド製剤の薬監証明(写)及び臨床論文などの(写)が必要です。
 注4) サリドマイド製剤の薬監証明(写)及び日本血液学会研修施設との連携を証明する文書(契約書などの(写)が必要です。

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター あて

登録申請書（処方医師）

		登録申請日	年	月	日
施設名	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">指示事項（3）による変更</div> 以下の全てを満たす <input type="checkbox"/> 本剤投与に関して、緊急時に十分対応できる設備を有する <input type="checkbox"/> 本剤を院内にて調剤することが可能である				
	〒				
所在地	TEL : () - FAX : () -				
	氏名				
処方医師	<input type="checkbox"/> 姓と名の間は、1マス空けてください。 <input type="checkbox"/> お名前を登録しますので、漢字は大きくはっきりとご記入ください。				
	所属	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">指示事項（3）に伴い、「確認項目」を削除し 【登録要件の確認】にまとめて記載</div>			
	医籍登録番号				
	【登録要件の確認】 以下の全てを満たす <input type="checkbox"/> サリドマイドの催奇形性及び本手順に関する情報提供を受け、理解している <input type="checkbox"/> 本手順の遵守に同意する <input type="checkbox"/> 産科婦人科医師と連携を図ることに同意が得られている <input type="checkbox"/> 研修医ではない（ただし、日本血液学会認定血液専門医は除く） <input type="checkbox"/> 次のいずれかに該当する <input type="checkbox"/> 日本血液学会認定血液専門医である <small>注1)</small> <input type="checkbox"/> 日本血液学会認定血液専門医と連携が可能である <small>注2)</small> <input type="checkbox"/> 過去に TERMS に登録の上、本剤の処方経験を有する <input type="checkbox"/> 上記以外である <small>注3)</small>				

注1) 日本血液学会認定血液専門医の証明書(写)が必要です。
 注2) 日本血液学会認定血液専門医の証明書(写)及び連携を証明する文書又は文書(写)が必要です。
 注3) TERMS 委員会の評価が必要です。

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター へ

登録申請書（責任薬剤師）

	登録申請日	年	月	日				
施設名								
所在地	〒							
	TEL : () - FAX : () -							
責任薬剤師	氏名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	・姓と名の間は、1マス空けてください。 ・お名前を登録しますので、漢字は大きくはっきりとご記入ください。							
	所属							
	薬剤師名簿登録番号							
確認項目	<input type="checkbox"/> 教育補助ビデオを視聴した							
保管場所の設置状況	<input type="checkbox"/> 人の出入りが制限された施錠可能な場所にて薬剤管理が可能である							

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター へ

登録申請書（責任薬剤師）

	登録申請日	年	月	日				
施設名								
所在地	〒							
	TEL : () - FAX : () -							
責任薬剤師	氏名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	・姓と名の間は、1マス空けてください。 ・お名前を登録しますので、漢字は大きくはっきりとご記入ください。							
	所属							
	薬剤師名簿登録番号							
確認項目	<input type="checkbox"/> サリドマイドの催奇形性及び本手順に関する情報提供を受け、理解している <input type="checkbox"/> 本手順の遵守に同意する							
保管場所の設置状況	<input type="checkbox"/> 人の出入りが制限された施錠可能な場所にて薬剤管理が可能である							

確認項目の明確化

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター あて

登録申請書（患者）その1

登録申請者

施設名： _____

処方医師名： _____

登録番号：

--	--	--	--	--	--	--	--

登録申請日	年	月	日
-------	---	---	---

患 者	氏 名							
	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>							
	・姓と名の間は、1マス空けてください。 ・お名前を登録しますので、漢字は大きくはつきりにご記入ください。							
	住 所	〒						
	TEL : () -							
患 者 群	<input type="checkbox"/> A : 男性患者 ----- <input type="checkbox"/> B : 女性患者B 自然閉経した女性(45歳以上で1年間以上月経がない)、子宮又は両側卵巣を摘出した女性 ----- <input type="checkbox"/> C : 女性患者C 女性患者Bに該当せず、本剤の服用による治療方法が適切と判断した女性							
生年月日	明・大・昭・平		年	月	日			
疾 患 名	<input type="checkbox"/> 多発性骨髄腫 <input type="checkbox"/> その他 ()							
確 認 項 目	<input type="checkbox"/> : 教育補助ビデオを視聴した <input type="checkbox"/> : 理解度確認票を全問正解した <input checked="" type="checkbox"/> 女性患者C <input type="checkbox"/> : 投与開始予定4週間前及び2週間前の妊娠検査が陰性であった(尿検査: 50 IU/Lの感度以上) <input type="checkbox"/> : 同意日の4週間前から性交渉をしていないことを確認した							

注) この用紙は、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センターへ郵送又はMRへお渡しください。

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター あて

登録申請書（患者）その1

登録申請者

施設名： _____

処方医師名： _____

登録番号：

--	--	--	--	--	--	--	--

登録申請日	年	月	日
-------	---	---	---

患 者	氏 名							
	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>							
	・姓と名の間は、1マス空けてください。 ・お名前を登録しますので、漢字は大きくはつきりにご記入ください。							
	住 所	〒						
	TEL : () -							
患 者 群	<input type="checkbox"/> A : 男性患者 ----- <input type="checkbox"/> B : 女性患者B 自然閉経した女性(45歳以上で1年間以上月経がない)、子宮又は両側卵巣を摘出した女性 ----- <input type="checkbox"/> C : 女性患者C 女性患者Bに該当せず、本剤の服用による治療方法が適切と判断した女性							
生年月日	明・大・昭・平		年	月	日			
疾 患 名	<input type="checkbox"/> 多発性骨髄腫 <input type="checkbox"/> その他 ()							
確 認 項 目	<input checked="" type="checkbox"/> : サリドマイドの催奇形性及び本手順に関する教育を受け、理解度を確認した <input type="checkbox"/> : 本手順の遵守に同意した <input checked="" type="checkbox"/> 女性患者C (以下のいずれか) 確認項目の明確化 【既に了承された変更】 <input type="checkbox"/> : 投与開始予定4週間前及び2週間前の妊娠検査が陰性であった(尿検査: 25 IU/Lの感度以上) <input type="checkbox"/> : 同意日の4週間前から性交渉をしていないことを確認した							

注) この用紙は、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センターへ郵送又はMRへお渡しください。

登録申請書（患者）その2
— 患者及び患者関係者 —

薬剤管理者

氏名	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
・姓と名の間は、1マス空けてください。 ・お名前を登録しますので、漢字は大きくはっきりとご記入ください。								
住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 患者と同じ住所							
	TEL : (<input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
生年月日				続柄				
明・大・昭・平 年 月 日								
確認項目	<input type="checkbox"/> 教育補助ビデオを視聴した							

確認項目（第三者評価機関の調査）

患者さんから電話をし、調査を受けることが可能ですか	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない → (理由： 電話調査ができない場合は記入調査となります。)
調査時期の通知を患者さん宅に郵送してもよろしいですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ → 「いいえ」の場合は処方医師から調査時期の連絡を受けることとなります。

注) この用紙は、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センターへ郵送又は MR へお渡してください。

登録申請書（患者）その2
— 患者及び患者関係者 —

薬剤管理者

氏名	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
・姓と名の間は、1マス空けてください。 ・お名前を登録しますので、漢字は大きくはっきりとご記入ください。								
住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 患者と同じ住所							
	TEL : (<input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
生年月日				続柄				
明・大・昭・平 年 月 日								
確認項目	<input type="checkbox"/> サリドマイドの催奇形性及び本手順に関する教育を受け、理解度を確認した <input type="checkbox"/> 本手順の遵守に同意した							

確認項目（第三者評価機関の調査）

患者さんから電話をし、調査を受けることが可能ですか	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない → (理由： 電話調査ができない場合は記入調査となります。)
調査時期の通知を患者さん宅に郵送してもよろしいですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ → 「いいえ」の場合は処方医師から調査時期の連絡を受けることとなります。

注) この用紙は、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センターへ郵送又は MR へお渡してください。