

女性患者C

診察前調査票

登録番号							記入日	年	月	日
							生年月日	明・大・昭・平	年	月

◆以下の設問について、当該調査票の **前回提出から今回提出まで** の状況についてお答えください。

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。

1. サリドマイド製剤(サルト[®]カプセル)の管理状況についてお聞きします。

1-① カプセルシートから取出し別の容器で保管したことがありましたか。	<input type="checkbox"/> あった	<input type="checkbox"/> なかった
1-② 専用の場所に保管せずに放置したことがありましたか。	<input type="checkbox"/> あった	<input type="checkbox"/> なかった
1-③ 子供の手の届くような場所に保管したことがありましたか。	<input type="checkbox"/> あった	<input type="checkbox"/> なかった
1-④ 紛失しましたか。	<input type="checkbox"/> 紛失した	<input type="checkbox"/> 紛失しなかった
1-⑤ 他人に譲渡しましたか。	<input type="checkbox"/> 譲渡した	<input type="checkbox"/> 譲渡しなかった
1-⑥ 廃棄しましたか。	<input type="checkbox"/> 廃棄した	<input type="checkbox"/> 廃棄しなかった
一つでも『あった』あるいは『した』とお答えになった場合、その経緯や理由を【5.自由記入欄】へご記入ください。		

2. 服用状況についてお聞きします。

2-① 飲み忘れがありましたか。	<input type="checkbox"/> 飲み忘れあり	<input type="checkbox"/> 飲み忘れなし
⇒『飲み忘れあり』とお答えになった場合、カプセルシートにお薬を残した状態で受診時にご持参ください。		
2-② カプセルシートへの服用状況の記入もれがありましたか。	<input type="checkbox"/> 記入もれあり	<input type="checkbox"/> 記入もれなし
⇒『記入もれあり』とお答えになった場合、記入もれを記載してから受診してください。		

※カプセルシートは空であっても受診ごとに必ず持参し、処方医師、薬剤師へご提示ください。

3. 性交渉について以下に該当することがありましたか。

3-① 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
『いいえ』とお答えになった場合、そのことを処方医師へ連絡されましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⇒『いいえ』とお答えになった場合は、直ちに処方医師へご連絡ください。		

4. あなたの薬剤管理者についてお聞きします。

4-① 薬剤管理者の変更がありましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⇒『はい』とお答えになった場合、処方医師まで薬剤管理者が変更になったことを伝えてください。		

5. 自由記入欄

お困りのこと(薬を管理する上での不都合等)、ご意見、ご要望等をご自由にご記入ください。

〔記入欄〕

この用紙は、医師又は薬剤師には見せずに、診察日の前日までに下記へ FAX してください。
 前日までに FAX できなかった場合は、当日の診察までに FAX してください。
 FAX：0120-007-121(藤本製薬株式会社 TERMS 管理センター)

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。

指示事項(1)により廃止

遵守状況等確認票(A)

藤本製薬控
男性患者

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

	医師	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
4	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

確認事項

	医師	患者
5 妊婦	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった
6 妊娠回避	<input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 行った	<input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 行った
7 妊娠	<input type="checkbox"/> 妊娠していない <input type="checkbox"/> 妊娠した	<input type="checkbox"/> 妊娠していない <input type="checkbox"/> 妊娠した
8 精子精液	<input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 行った	<input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 行った
9 共有譲渡廃棄	<input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 行った	<input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 行った
10 関係者	<input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 変更あり	<input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 変更あり

【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

FAX : 0120-007-121

遵守状況等確認票

男性患者

チェックは、該当する に のように記入し、間違った場合は を記入してください。

確認事項(初回処方時及び入院中は確認不要です)	処方医師記入欄	患者記入欄
①催奇形性のリスクと妊娠回避の必要性を説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない
②避妊失敗時の対応方法について説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない
③精子・精液の提供禁止について説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない
④薬剤管理者変更について確認した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 変更あり

記入日 20 年 月 日

処方医師 登録番号

処方 医師名

FAX回数の合理化

【指示事項(2)による変更】

患者 登録番号

外来 入院

サレド^{カプセル}100

$$\text{投与量} \times \text{日数} - \text{未服用薬数量} = \text{処方数量}$$

$$\text{Cap/日} \times \text{日} - \text{Cap} = \text{Cap}$$

サレド^{カプセル}50

$$\text{投与量} \times \text{日数} - \text{未服用薬数量} = \text{処方数量}$$

$$\text{Cap/日} \times \text{日} - \text{Cap} = \text{Cap}$$

処方医師 休薬 中止

コメント

薬剤師確認

確認済

確認済

薬剤の紛失

なし あり

↓

*紛失届を作成してください

確認事項(初回処方時及び入院中は確認不要です)	薬剤師記入欄	患者記入欄
⑤家庭内での本剤の管理・保管について説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない
⑥本剤の共有・譲渡・廃棄の禁止について説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない
⑦カプセルシートを毎回持参することを説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない
⑧不要薬の調剤元への返却について説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない

記入日 20 年 月 日

責任薬剤師 登録番号

担当 薬剤師名

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。）

様式の 1 本化による変更
【指示事項（2）による変更】