

遵守状況等確認票(A)

藤本製薬控

女性患者 B

チェックは該当する に のようにペンにて記入し、間違っただけの場合は 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

確認事項

	医師	患者
3 授乳	<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
4 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
5 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

注) 薬剤部(科): この用紙を切り離して、お預かりください。後日 MR が回収させていただきます。

FAX : 0 1 2 0 - 0 0 7 - 1 2 1

遵守状況等確認票

女性患者 B

チェックは、該当する に のように記入し、間違っただけの場合は 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											<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

サレド[®]カプセル100 $\text{投与量} \times \text{日数} - \text{未服用薬数量} = \text{処方数量}$

サレド[®]カプセル50 $\text{投与量} \times \text{日数} - \text{未服用薬数量} = \text{処方数量}$

処方医師コメント	<input type="checkbox"/> 休薬 <input type="checkbox"/> 中止
----------	---

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
③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
④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
⑤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
⑥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					

この用紙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。

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ことを知っていますか。
2	本剤治療中および中止後 8 週間は授乳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）

3	（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） 確認期間中に授乳をしましたか。
4	（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。）
5	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】

遵守状況等確認票(A)

藤本製薬控

女性患者 C

チェックは該当する に のようにペンにて記入し、間違っただけの場合は を記入してください。

注意事項

確認事項

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

	医師	患者
6	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	<input type="checkbox"/> 陰性だった <input type="checkbox"/> 陰性でなかった	<input type="checkbox"/> 陰性だった <input type="checkbox"/> 陰性でなかった
8	<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	<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	<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

注) 薬剤部(科): この用紙を切り離して、お預かりください。後日 MR が回収させていただきます。

FAX : 0120-007-121

遵守状況等確認票

女性患者 C

チェックは、該当する に のように記入し、間違っただけの場合は 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
②4週毎の妊娠検査について説明した	<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
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

妊娠検査結果 陰性 陰性でない

サレド^{カプセル}100

投与量	Cap/日 ×	日数	日 -	未服用薬数量	Cap =	処方数量	Cap
-----	---------	----	-----	--------	-------	------	-----

サレド^{カプセル}50

投与量	Cap/日 ×	日数	日 -	未服用薬数量	Cap =	処方数量	Cap
-----	---------	----	-----	--------	-------	------	-----

処方医師 コメント 休薬 中止

薬剤師確認

確認済

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

この用紙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。

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、定められた期間中に妊娠回避が必要なことを知っていますか。
2	本剤治療中は異性との性交渉を避けるか、性交渉をする場合には安全管理手順に規定された1種類ずつの避妊方法を男女がそれぞれ同時に実施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	治療期間中は4週間を超えない間隔で、治療中止後は4週間後と8週間後に妊娠検査を受けなければならないことを知っていますか。
4	妊娠するかもしれない場合は直ちに本剤の服用は中止し、処方医師に連絡することを知っていますか。
5	本剤治療中および中止後8週間は授乳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）

6	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。
7	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）
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） 確認期間中に授乳をしましたか。
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】