

FAX : 0120-007-121

男性患者

遵守状況等確認票(B)

女性患者 B

処方 下記処方内容につき受理いたしました。		記入日 2 0 年 月 日	
患者登録番号		処方医師登録番号	
処方医師		処方医師	
サレド [®] カプセル 100	必要数量 Cap/日 × 日	未服用薬数量 Cap	今回処方数量 Cap
サレド [®] カプセル 50	必要数量 Cap/日 × 日	未服用薬数量 Cap	今回処方数量 Cap
		紛失数量 Cap	紛失数量 Cap

注意事項

確認事項

	薬剤師	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

	薬剤師	患者
4	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題があったので指導を行った	<input type="checkbox"/> 保管していた <input type="checkbox"/> 問題があったので説明を受けて理解した
5	<input type="checkbox"/> 紛失なし <input type="checkbox"/> 紛失あり	<input type="checkbox"/> 紛失なし <input type="checkbox"/> 紛失あり
6	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題があったので指導を行った	<input type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 問題があったので説明を受けて理解した

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。

FAX 回数の合理化による廃止
【指示事項(2)による変更】

【薬剤師記入欄】 上記の事項等を確認しました		記入日 2 0 年 月 日	
薬剤師署名		薬剤師署名	
サレド [®] カプセル 100	新規必要数量 Cap	未服用薬数量 Cap	未服用薬数量 Cap
サレド [®] カプセル 50	新規必要数量 Cap	未服用薬数量 Cap	未服用薬数量 Cap
責任薬剤師登録番号		責任薬剤師登録番号	
【患者さん記入欄】 上記の事項等を確認しました			
患者署名	裏面にご記入ください	患者登録番号	患者登録番号

様式 27.

注意事項及び確認事項の内容

注意事項

1	本剤の主成分であるサリドマイドは胎児に重大な障害の発生、または死産する危険性があるため、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	本剤を共有・譲渡・廃棄できないことを知っていますか。
3	毎回カプセルシートはそのまま持参する必要がある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）

4	（初回調剤時不要） 他のお薬や飲食物とは別にして、子供の手の届かない専用の場所に保管していましたか。
5	（初回調剤時不要） 確認期間中に本剤の紛失はありましたか。 （紛失した場合は、『サリドマイド製剤（サリド [®] カプセル）紛失等の届出書』を作成してください。）
6	カプセルシートの使用方法について理解していますか。

F A X 回数 の 合理化 による 廃止
【 指示 事項 （ 2 ） による 変更 】

FAX : 0120-007-121

女性患者 C

遵守状況等確認票(B)

処方 下記処方内容につき受理いたしました。		記入日 2 0 年 月 日	
患者登録番号		処方医師登録番号	
処方医師		処方医師	
サレド[®]カプセル100	必要数量 Cap/日 × 日	未服用薬数量 Cap	今回処方数量 Cap
サレド[®]カプセル50	必要数量 Cap/日 × 日	未服用薬数量 Cap	今回処方数量 Cap
		紛失数量 Cap	紛失数量 Cap

注意事項

確認事項

	薬剤師	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

	薬剤師	患者
4	<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
5	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題があったので 指導を行った	<input type="checkbox"/> 保管していた <input type="checkbox"/> 問題があったので説 明を受けて理解した
6	<input type="checkbox"/> 紛失なし <input type="checkbox"/> 紛失あり	<input type="checkbox"/> 紛失なし <input type="checkbox"/> 紛失あり
7	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題があったので 指導を行った	<input type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 問題があったので説 明を受けて理解した

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。

FAX 回数の合理化による廃止
【指示事項(2)による変更】

【薬剤師記入欄】 上記の事項等を確認しました		記入日 2 0 年 月 日	
薬剤師署名		薬剤師署名	
サレド[®]カプセル100	新規必要数量 Cap	未服用薬数量 Cap	未服用薬数量 Cap
サレド[®]カプセル50	新規必要数量 Cap	未服用薬数量 Cap	未服用薬数量 Cap
責任薬剤師登録番号		責任薬剤師登録番号	
【患者さん記入欄】 上記の事項等を確認しました			
患者署名	裏面にご記入ください	患者登録番号	患者登録番号

様式 28.

注意事項及び確認事項の内容

注意事項

1	本剤の主成分であるサリドマイドは胎児に重大な障害の発生、または死産する危険性があるため、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	本剤を共有・譲渡・廃棄できないことを知っていますか。
3	毎回カプセルシートはそのまま持参する必要がある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）

4	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）
5	（初回調剤時不要） 他のお薬や飲食物とは別にして、子供の手の届かない専用の場所に保管していましたか。
6	（初回調剤時不要） 確認期間中に本剤の紛失はありましたか。 （紛失した場合は、『サリドマイド製剤（サリド [®] カプセル）紛失等の届出書』を作成してください。）
7	カプセルシートの使用方法について理解していますか。

FAX回数の合理化による廃止
【指示事項（2）による変更】

責任薬剤師登録番号

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

様

遵守状況等確認票 (C)

下記調剤の可否は以下のとおりです。

処方医師登録番号									
患者登録番号									
確認日	2	0	年			月			日
サレド[®]カプセル100 調剤カプセル数						Cap			
サレド[®]カプセル50 調剤カプセル数						Cap			
調剤の可否	可		否						

〔調剤可の場合〕

上記調剤の情報を登録しました。

〔調剤否の場合〕

以下の問題点に対応願います。

問題点：

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。

責任薬剤師登録番号

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

様

遵守状況等確認結果

処方医師登録番号									
患者登録番号									
確認日	20	年			月			日	
サレド[®]カプセル100 調剤カプセル数 (Cap)									
サレド[®]カプセル50 調剤カプセル数 (Cap)									

上記調剤の確認結果は以下のとおりです。

調剤可	調剤不可
-----	------

FAX回数の合理化
【指示事項 (1) 及び (2) による変更】

定期確認調査	不要 ・ 今回必要
--------	-----------

備考	
----	--

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下記 FAX 番号に転送の上、速やかに破棄してください。

〒580-0004
大阪府松原市西野々2-2-10
藤本製薬株式会社 TERMS 管理センター
TEL:0120-001-468 FAX:0120-007-121

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター あて

藤本製薬控

遵守状況等確認票(中止後確認)

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、間違っ場合には を記入してください。

確認事項

	医師	患者
1 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
2 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
3 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
4 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

【処方医師記入欄】

上記の事項を確認しました

記入日 2 0 年 月 日

処方医師 署名	処方医師 登録番号
------------	--------------

【患者さん記入欄】

上記の事項を確認しました

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。

男性患者の中止後確認方法の
変更に伴う様式の変更

男性患者

中止後確認調査票

以下の設問について、本剤服用中止後から4週間後まで の状況をお答えください。
チェックは該当する に のようにペンにて記入し、間違っ場合には を記入してください。
なお、あなたの日常生活に当てはまらない質問が含まれているかもしれませんが、すべての男性患者を対象として確認させていただいておりますのでご了承ください。
記入後、所定の封筒に入れ、郵送してください。

登録番号										記入日	20	年	月	日
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----	----	---	---	---

① 性交渉をされましたか。 ⇒「はい」とお答えになった場合のみ、次の①-1～①-3 を回答してください。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
①-1 規定された避妊方法を行いましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
①-2 避妊に失敗したかも知れないと思いますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
①-3 妊婦と性交渉をされましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
② 精子・精液を提供しましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

ご協力ありがとうございました。

〒580-0004
大阪府松原市西野々2-2-10
藤本製薬株式会社 TERMS 管理センター
TEL : 0120-001-468 FAX : 0120-007-121

服用中止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	確認期間中に妊娠している女性と性交渉がありましたか。
2	コンドームを使用せずに性交渉を行いましたか。
3	パートナーが、確認期間中に妊娠しましたか。
4	確認期間中に精子・精液を提供しましたか。

服用中止8週間後の確認期間:服用中止日～今回診察日

男性患者の中止後確認方法の
変更に伴う様式の変更