

藤本製薬控

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター あて

遵守状況等確認票(中止後確認)

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、間違った場合には を記入してください。

確認事項

	医師	患者
1	<input type="checkbox"/> 行っていない	<input type="checkbox"/> 行っていない
授乳	行った <input type="checkbox"/>	行った <input type="checkbox"/>

廃止
【既に了承された変更】

【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。

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	確認期間中に授乳をしましたか。
---	-----------------

服用中止8週間後の確認期間:服用中止日～今回診察日

廃止
【既に了承された変更】

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)

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。

確認事項

	医師	患者
1 妊娠 回避	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2 妊娠	<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
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

【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

中止後 4週間後 8週間後

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。

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

女性患者 C

中止後確認調査票

入院患者も確認が必要です

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。
なお、患者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、すべての女性患者 C 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。
ご記入の上、責任薬剤師等へご提出ください。

確認事項	処方医師記入欄
①妊娠検査の結果は陰性でしたか	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陰性でない
②性交渉をされましたか 「はい」の場合は②-1、②-2の質問にお答えください	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
②-1:規定された避妊方法を実施されましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
②-2: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
③授乳をしましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

記入日 20 年 月 日

様式名、確認事項の変更に伴う
様式の変更

処方医師 登録番号	
処方 医師名	

患者 登録番号	
------------	--

FAX送信者の
1本化による追加

責任薬剤師 登録番号	
担当薬剤師名 (FAX送信者)	

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。

服用中止4週間後・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。
2	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）
3	確認期間中に授乳をしましたか。

服用中止4週間後の確認期間：服用中止日～今回診察日

服用中止8週間後の確認期間：前回診察日～今回診察日

確認事項の変更に伴う
様式の変更

サリドマイド製剤譲受書

譲受年月日： 年 月 日

譲受人

施設所在地：

施設名：

施設責任者氏名：

担当者氏名：

印

印

譲渡人				
品名	容量	個数	数量	備考

サリドマイド製剤譲受書

譲受年月日： 年 月 日

譲受人

施設所在地：

施設名又は社名及び事業所名：

施設責任者氏名：

担当者氏名：

印

印

【既に了承された変更】

譲渡人				
品名	容量	個数	数量	備考

サリドマイド製剤譲渡書

譲渡年月日： 年 月 日

譲渡人

施設所在地：

施設名：

施設責任者氏名：

担当者氏名：

印

印

譲受人					備考
品名	容量	個数	数量	備考	

サリドマイド製剤譲渡書

譲渡年月日： 年 月 日

譲渡人

施設所在地：

施設名又は社名及び事業所名：

施設責任者氏名：

担当者氏名：

印

印

【既に了承された変更】

譲受人					備考
品名	容量	個数	数量	備考	

サリドマイド製剤（サレド[®]カプセル100）出納表（責任薬剤師）

No. _____

医療機関名						
責任薬剤師名	責任薬剤師登録番号					

日付 (年月日)	受入数量	払出数量	在庫数量	払出先(患者登録番号) (下3桁でも可)	払出担当者	備考
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			

注) 1箇月に1回、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センター (0120-007-121) まで出納表を FAX 又は MR へお渡しください。
 ※MR へ提出する場合は、出納表(写)をご提供ください。

サリドマイド製剤（サレド[®]カプセル100）出納表（責任薬剤師）

No. _____

医療機関名						
責任薬剤師名	責任薬剤師登録番号					

日付 (年月日)	受入数量	払出数量	在庫数量	払出先(患者登録番号) (下3桁でも可)	払出担当者	備考
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			

処方期間の延長に伴う見直し

注) 1箇月に1回、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センター (0120-007-121) まで出納表を FAX 又は MR へお渡しください。ただし1箇月間の出納表に受け入れ及び払い出しがない場合は不要です。
 ※MR へ提出する場合は、出納表(写)をご提供ください。

サリドマイド製剤（サレド[®]カプセル50）出納表（責任薬剤師）

No. _____

医療機関名						
責任薬剤師名		責任薬剤師 登録番号				

日付 (年月日)	受入数量	払出数量	在庫数量	払出先(患者登録番号) (下3桁でも可)	払出担当者	備考
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			

注) 1 箇月に 1 回、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センター (0120-007-121) まで出納表を FAX 又は MR へお渡しください。

※ MR へ提出する場合は、出納表(写)をご提供ください。

サリドマイド製剤（サレド[®]カプセル50）出納表（責任薬剤師）

No. _____

医療機関名						
責任薬剤師名		責任薬剤師 登録番号				

日付 (年月日)	受入数量	払出数量	在庫数量	払出先(患者登録番号) (下3桁でも可)	払出担当者	備考
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			

処方期間の延長に伴う見直し

注) 1 箇月に 1 回、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センター (0120-007-121) まで出納表を FAX 又は MR へお渡しください。ただし 1 箇月間の出納表に受け入れ及び払い出しがない場合は不要です。

※ MR へ提出する場合は、出納表(写)をご提供ください。

サリドマイド製剤（サルト®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 してください。

サリドマイド製剤（サルト®カプセル100）出納表（特約店責任薬剤師）

社名及び事業所名		【既に了承された変更】									
特約店責任薬剤師名		特約店責任薬剤師登録番号									

【既に了承された変更】

【既に了承された変更】

【既に了承された変更】

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							
年 月 日	箱	箱	箱	【既に了承された変更】						
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							
年 月 日	箱	箱	箱	【既に了承された変更】						
年 月 日	箱	箱	箱	【既に了承された変更】						

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 してください。

ただし1箇月間の出納表に受け入れ及び払い出しがない場合は不要です。

処方期間の延長に伴う見直し

サリドマイド製剤 (**サリド[®]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																	
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 してください。

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

社名及び事業所名		【既に了承された変更】																			
特約店責任薬剤師名							特約店責任薬剤師登録番号														

【既に了承された変更】

【既に了承された変更】

【既に了承された変更】

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																	
年 月 日	箱	箱	箱	【既に了承された変更】																
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																	
年 月 日	箱	箱	箱																	
年 月 日	箱	箱	箱	【既に了承された変更】																
年 月 日	箱	箱	箱	【既に了承された変更】																

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 してください。

ただし 1 箇月間の出納表に受け入れ及び払い出しがない場合は不要です。

処方期間の延長に伴う見直し