

記入日 年 月 日

サリドマイド製剤（サレド<sup>®</sup>カプセル）不要薬受領書

施設名		
	責任薬剤師登録番号	<input type="text"/>
不要薬返却者	<input type="checkbox"/> 患者本人	
	<input type="checkbox"/> 薬剤管理者	患者登録番号 <input type="text"/>
不要薬受領日	年 月 日	
不要薬数量	<b>サレド<sup>®</sup>カプセル 100</b>	Cap
	<b>サレド<sup>®</sup>カプセル 50</b>	Cap
不要となった理由	<input type="checkbox"/> 本剤服用中止 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
藤本製薬 MR 不要薬受領者		
藤本製薬 MR 不要薬受領日	年 月 日	

記入日 年 月 日

サリドマイド製剤（サレド<sup>®</sup>カプセル）不要薬受領書

施設名		
	責任薬剤師登録番号	<input type="text"/>
不要薬返却者	<input type="checkbox"/> 患者本人	
	<input type="checkbox"/> 薬剤管理者	患者登録番号 <input type="text"/>
不要薬受領日	年 月 日	
不要薬数量	<b>サレド<sup>®</sup>カプセル 100</b>	Cap
	<b>サレド<sup>®</sup>カプセル 50</b>	Cap
不要となった理由	<input type="checkbox"/> 本剤服用中止 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
藤本製薬 MR 不要薬受領者		
藤本製薬 MR 不要薬受領日	年 月 日	

藤本製薬株式会社  
TERMS 管理センター へ

記入日 年 月 日

サリドマイド製剤 (サレド<sup>®</sup>カプセル) 紛失等の届出書

下記サリドマイド製剤の紛失等につき届出します。

届出者	<input type="checkbox"/> 責任薬剤師登録番号 □□□□□□□□
	<input type="checkbox"/> 特約店責任薬剤師登録番号 □□□□□□□□□□□□
施設名	
紛失者	<input type="checkbox"/> 医療機関関係者 <input type="checkbox"/> 特約店関係者  <input type="checkbox"/> 患者又は患者関係者 患者登録番号 □□□□□□□□
紛失日	年 月 日
紛失数	<b>サレド<sup>®</sup>カプセル 100</b> Cap
	<b>サレド<sup>®</sup>カプセル 50</b> Cap
紛失状況	

注) 本様式の記載後は、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。

原本は後日 MR が回収に伺います。

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。

藤本製薬株式会社  
TERMS 管理センター へ

記入日 年 月 日

サリドマイド製剤 (サレド<sup>®</sup>カプセル) 紛失等の届出書

下記サリドマイド製剤の紛失等につき届出します。

届出者	<input type="checkbox"/> 責任薬剤師登録番号 □□□□□□□□
	<input type="checkbox"/> 特約店責任薬剤師登録番号 □□□□□□□□□□□□
施設名又は 社名及び 事業所名	<b>【既に了承された変更】</b>
紛失者	<input type="checkbox"/> 医療機関関係者 <input type="checkbox"/> 特約店関係者  <input type="checkbox"/> 患者又は患者関係者 患者登録番号 □□□□□□□□
紛失日	年 月 日
紛失数	<b>サレド<sup>®</sup>カプセル 100</b> Cap
	<b>サレド<sup>®</sup>カプセル 50</b> Cap
紛失状況	

注) 本様式の記載後は、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。

原本は後日 MR が回収に伺います。

**【既に了承された変更】**

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上記 FAX 番号に転送の上、速やかに破棄してください。

新様式の追加

【指示事項（1）による変更】

## 定期確認調査票

男性患者

以下の設問について、前回提出又は初回処方時から今回提出まで 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、間違った場合には  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ますが、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、所定の封筒に入れ薬剤師にお渡しいただくか、ご自宅から速やかに郵送してください。  
ご協力いただけない場合は、サレドカプセルによる治療が継続できない場合もあります。

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

① 本剤の保管・管理を適正に行いましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
② 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②-1～②-3 を回答してください。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
②-1 規定された避妊方法を行いましたか。	<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
②-3 妊婦と性交渉をされましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
③ 本剤を他人と共有、他人に譲渡あるいは廃棄しましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
④ 精子・精液を提供しましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑤ 本剤を紛失しましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑥ 処方調剤時にカプセルシートを持参しましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

## 【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。

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

新様式の追加  
【指示事項（1）による変更】

女性患者B

## 定期確認調査票

以下の設問について、前回提出又は初回処方時から今回提出まで 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、間違っただけの場合は  を記入してください。

記入後、所定の封筒に入れ薬剤師にお渡しいただくか、ご自宅から速やかに郵送してください。  
ご協力いただけない場合は、サレドカプセルによる治療が継続できない場合もあります。

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

① 本剤の保管・管理を適正に行いましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
② 本剤を他人と共有、他人に譲渡あるいは廃棄しましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
③ 本剤を紛失しましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
④ 処方調剤時にカプセルシートを持参しましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

## 【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。

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

新様式の追加

【指示事項（1）による変更】

## 定期確認調査票

女性患者C

以下の設問について、前回提出又は初回処方時から今回提出まで 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、間違っただけの場合は  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ますが、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。

記入後、所定の封筒に入れ薬剤師にお渡しいただくか、ご自宅から速やかに郵送してください。  
 ご協力いただけない場合は、サレドカプセルによる治療が継続できない場合もあります。

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

① 本剤の保管・管理を適正に行いましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
② 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②-1、②-2を回答してください。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
②-1 規定された避妊方法を行いましたか。	<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 本剤を他人と共有、他人に譲渡あるいは廃棄しましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
④ 授乳しましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑤ 本剤を紛失しましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑥ 処方調剤時にカプセルシートを持参しましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

## 【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。

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

## 「6.4.登録情報」の変更対比表

対象者	変更前	変更後	変更内容
【処方医師】	日本血液学会研修施設の確認結果	施設の情報	確認結果 情報
	専門医であることの確認結果 専門医に指導を受けていることの確認結果及び指導を受けている専門医の氏名 臨床試験の経験を有することの確認結果 日本血液学会研修施設との連携が可能であることの確認結果 研修医ではないことの確認結果	医師の登録要件	登録要件変更による記載整備
【責任薬剤師】	保管場所の確認結果	保管場所の情報	確認結果 情報
		責任薬剤師の登録要件	登録要件の追加
【患者】	本剤服用開始予定日の4週間前及び2週間前の妊娠検査が陰性であること、又は同意日の4週間前から性交渉をしていないことの確認結果（女性患者Cのみ）	服用開始前の妊娠検査の結果又は性交渉に関する確認結果（女性患者Cのみ）	記載内容の要約
		患者の登録要件	登録要件の追加
【特約店責任薬剤師】	施設名・所属	社名・事業所名	記載整備
	保管場所の確認結果	保管場所の情報	確認結果 情報
		特約店責任薬剤師の登録要件	登録要件の追加