

____ 病院 _____ 年 月 日
 ____ 先生 _____
 RevMate®センター

RevMate® ID 登録通知書(処方医師)

下記の通り、登録が完了いたしましたので、ご連絡申し上げます。

薬 剤			
登録日	年 月 日	処方医師 ID	
氏 名			
施設名			
所在地	〒		
連絡先	TEL:	FAX:	
連携産婦人科医情報			
氏 名		施設名	

【お願い】

・登録内容の変更につきましては、速やかに担当 MR にご連絡の上、「RevMate®登録情報変更申請書」を RevMate®センターへ FAX 願います。

・ご不明の点については、RevMate®センター (FAX:0120-021-507 TEL:0120-071-025) にお問い合わせください。

____ 病院 _____ 年 月 日
 ____ 先生 _____
 RevMate®センター

RevMate® ID 登録通知書(処方医師)

下記の通り、登録が完了いたしましたので、ご連絡申し上げます。

薬 剤			
登録日	年 月 日	処方医師 ID	
氏 名			
施設名			
所在地	〒		
連絡先	TEL:	FAX:	記載整備
連携産婦人科医情報 (同一施設の場合、施設名のみ記載となります)			
氏 名		施設名	

【お願い】

・登録内容の変更につきましては、速やかに担当 MR にご連絡の上、「RevMate®登録情報変更申請書」を RevMate®センターへ FAX 願います。

・ご不明の点については、RevMate®センター (FAX:0120-021-507 TEL:0120-071-025) にお問い合わせください。

全ての項目についてご記入後、担当 MR にお渡しください。

RevMate®説明会申込書(薬剤師)

申請日		年	月	日
申請代表薬剤師				
(フリガナ)	氏名	薬剤師名簿登録番号		
(フリガナ)	施設名			
所在地: 〒				
連絡先		(注: 説明会案内書の FAX 送信先となります。)		
TEL:	FAX:			
必須確認事項	<input type="checkbox"/> 同一施設に日本血液学会認定血液専門医が在籍している。			

説明会への出席を希望する薬剤師名をご記入ください。

氏名(漢字)	(フリガナ)

..... 弊社記入欄

説明会日時: _____ 年 月 日() : ~ :
 説明会場: _____
 担当 MR: _____ (_____ ディストリクト)

様式-6

全ての項目についてご記入後、担当 MR にお渡しください。

記載整備

RevMate®説明会申込書(薬剤師)

申請日		年	月	日
申請代表薬剤師 (責任薬剤師)				
(フリガナ)	氏名	薬剤師名簿登録番号		
(フリガナ)	施設名			
所在地: 〒				
連絡先		(注: 説明会案内書の FAX 送信先となります。)		
TEL:	FAX:			
必須確認事項	<input type="checkbox"/> 同一施設に日本血液学会認定血液専門医が在籍している。			

説明会への出席を希望する薬剤師名をご記入ください。

氏名	
(漢字)	(フリガナ)

..... 弊社記入欄

説明会日時: _____ 年 月 日() : ~ :
 説明会場: _____
 担当 MR: _____ (_____ ディストリクト)

様式-6

_____ 病院 _____ 年 月 日
 _____ 先生 _____
 RevMate®センター

RevMate® 説明会案内書(薬剤師)

下記の通り、説明会のご案内をいたします。

対象薬剤	
説明会日時	年 月 日 () : ~ :
説明会場	

説明会出席予定者：

申請代表薬剤師
氏名：
施設名：
所在地：〒
連絡先 TEL: FAX:

薬剤師氏名	薬剤師氏名	薬剤師氏名

- ・ 責任薬剤師登録を希望される先生には、必ずご出席頂きますようお願い致します。
- ・ ご不明な点は、担当 MR までご連絡ください。

担当 MR: _____ 連絡先 TEL: _____

様式-7

_____ 病院 _____ 年 月 日
 _____ 先生 _____
 RevMate®センター

RevMate® 説明会案内書(薬剤師)

下記の通り、説明会のご案内をいたします。

対象薬剤	
説明会日時	年 月 日 () : ~ :
説明会場	

説明会出席予定者：

記載整備

申請代表薬剤師 (責任薬剤師)
氏名：
施設名：
所在地：〒
連絡先 TEL: FAX:

薬剤師氏名	薬剤師氏名	薬剤師氏名

- ・ 責任薬剤師登録を希望される先生には、必ずご出席頂きますようお願い致します。
- ・ ご不明な点は、担当 MR までご連絡ください。

担当 MR: _____ 連絡先 TEL: _____

様式-7

____ 病院 _____ 年 月 日
 ____ 先生 _____

RevMate®センター

RevMate® ID 登録通知書(責任薬剤師)

下記の通り、登録が完了いたしましたので、ご連絡申し上げます。

薬 剤			
登録日	年 月 日	責任薬剤師 ID	
氏 名			
施設名			
所在地	〒		
連絡先	TEL:	FAX:	

[お願い]

・登録内容の変更につきましては、速やかに担当 MR にご連絡の上、「RevMate®登録情報変更申請書」を RevMate®センターへ FAX 願います。
 ご不明の点については、RevMate®センター(FAX:0120-021-507 TEL:0120-071-025)にお問い合わせください。

様式-8

____ 病院 _____ 年 月 日
 ____ 先生 _____

RevMate®センター

RevMate® ID 登録通知書(責任薬剤師)

下記の通り、登録が完了いたしましたので、ご連絡申し上げます。

薬 剤			
登録日	年 月 日	責任薬剤師 ID	
氏 名			
施設名			
所在地	〒		
連絡先	TEL:	FAX:	

[お願い]

・登録内容の変更につきましては、速やかに担当 MR にご連絡の上、「RevMate®登録情報変更申請書」を RevMate®センターへ FAX 願います。
 ご不明の点については、RevMate®センター(FAX:0120-021-507 TEL:0120-071-025)にお問い合わせください。

様式-8

RevMate 患者登録申請書 (新規・再発行)
レボメイト患者登録申請書

●医師が記入してください。

申請日: 年 月 日

フリガナ 患者 氏名	大正・昭和・平成・西暦 年 月 日
区分1 <input type="checkbox"/> A.男性 <input type="checkbox"/> B.女性 <input type="checkbox"/> C.女性 <small>(妊婦する可能性のある性別)</small>	区分2 <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/> その他()

●患者もしくは薬剤管理代行者が記入してください。

薬剤管理代行者が不要な場合、✓を入れてください 不要

フリガナ 薬剤 管理 代行 者 氏名	連絡先 TEL	(続柄)
私は、主治医より別紙「RevMateへの登録および遵守事項に関する同意説明文書」の説明を受け、記載事項に同意します。		
署名	年 月 日	

同意者: 患者本人 薬剤管理代行者

●薬剤師が記入してください。

施設名	
端末コード*	
担当薬剤師名	
連絡先 TEL	

●FAX送達時、左記の宛先へ患者さまにお送りください。

●カードは取り外していただく場合があります。
 ●FAX送達時、左記の宛先へお送りください。

RevMate
 レボメイト
 000000000000

レボメイトセンター TEL 0120-071-025
 FAX 0120-021-507

レボメイトセンター FAX 0120-021-507

様式-9

記載整備、レイアウト変更

RevMate 患者登録申請書 (新規・再発行)
レボメイト患者登録申請書

●医師が記入してください。

申請日	年 月 日	担当 医師名
フリガナ 患者 氏名	生年 月 日	大正・昭和・平成・西暦 年 月 日
区分1 <input type="checkbox"/> A.男性 <input type="checkbox"/> B.女性 <input type="checkbox"/> C.女性 <small>(妊婦する可能性のある性別)</small>	区分2 <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/> MDS <small>(50歳以上)</small> <input type="checkbox"/> その他()	

●患者もしくは薬剤管理代行者が記入してください。

薬剤管理代行者の設備 不要 要 **要の場合は必ず記入**

同意者: <input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 薬剤管理代行者	
私は、主治医より別紙「RevMateへの登録および遵守事項に関する同意説明文書」の説明を受け、記載事項に同意します。	
氏名	年 月 日
フリガナ	(続柄)
氏名	
連絡先 TEL	

様式-9

患者登録情報連絡書

通知日	年	月	日
(フリガナ)			
患者氏名: _____			
患者ID: _____			
薬剤管理 代行者氏名: _____		連絡先TEL: _____	
登録薬剤			
1	_____		
<input type="checkbox"/> 患者を登録しました。 → ハンディ端末で通信を実施した後、処方適格性を確認してください。			
<input type="checkbox"/> 申請書の記載に不備があります。修正・加筆の上、再度申請書をFaxしてください。			
理由: <input type="checkbox"/> 記入漏れ <input type="checkbox"/> 記入間違い <input type="checkbox"/> その他			

RevMate®センター: FAX:0120-021-507 (TEL:0120-071-025)			

様式-10

連絡日: 年 月 日

患者登録情報連絡書

記載整備
レイアウト全面変更 患者を登録しました。

→ハンディ端末で通信を実施し、処方適格性を確認してください。

 申請書の記載に不備があります。

→以下の内容をご確認の上、修正・加筆し、申請書を再度FAXして下さい。

不備事項: 記入漏れ 記入間違い その他 患者登録情報を変更しました。

登録薬剤	レブラミドカプセル 5mg		
(フリガナ)	()	患者 ID	
患者氏名			000000000
薬剤管理 代行者氏名		連絡先	

RevMate®センター: FAX:0120-021-507 (TEL:0120-071-025)

様式-10

変更前 (ver.1.0)



ご署名

- このカードは、レブメイトに登録されている方に交付しています。**診察の際には必ず携行し、薬剤部(薬局)**に提出してください。
- このカードを紛失した場合は、ただちに**薬剤部(薬局)**にお申し出ください。
- このカードを拾得された方は、下記までご連絡ください。

レブメイトセンター ☎0120-071-025(月~土、9:00~18:00)

11 変更案 (ver.2.0)



ご署名

- このカードは、レブメイトに登録されている方に交付しています。**受診の際には必ず携行し、医療機関**に提出してください。
- このカードを紛失した場合は、ただちに**医療機関**にお申し出ください。
- このカードを拾得された方は、下記までご連絡ください。

レブメイトセンター ☎0120-071-025(月~土、9:00~18:00)

記載整備

様式-11

RevMate®センター 御中 (FAX:0120-021-507 TEL:0120-071-025)

RevMate®登録情報変更申請書

現在の登録内容(必ず、全項目をご記入ください。数字には、○を付けてください。)

変更申請日	年 月 日	登録区分	1:処方医師 2:責任薬剤師
登録者氏名	(フリガナ)	登録ID	
連絡先を変更した場合の「登録変更通知書」送付先		1: 変更前連絡先	2: 変更後連絡先

*:「 年 月 日」より登録情報を以下の通り変更してください。

 該当変更箇所をチェックを付け、変更箇所のみご記入ください

登録者氏名	(フリガナ)
連絡先	TEL: FAX:
施設名	
診療科名	
施設所在地	〒
連携産婦人科施設	
連携産婦人科医師名	(フリガナ)

登録変更受付後に、RevMate®センターより、「登録変更通知書」をお送りします。
登録内容変更日は、登録変更希望日(*)となります。

様式-12

RevMate®センター 御中 (FAX:0120-021-507 TEL:0120-071-025)

RevMate®登録情報変更申請書

現在の登録内容(必ず、全項目をご記入ください。数字には、○を付けてください。)

変更申請日	年 月 日	登録区分	1:処方医師 2:責任薬剤師
登録者氏名	(フリガナ)	登録ID	記載整備
連絡先を変更した場合の「登録変更通知書」送付先		1: 変更前連絡先	2: 変更後連絡先

「 年 月 日」*より登録情報を以下の通り変更してください。

 該当変更箇所をチェックを付け、変更箇所のみご記入ください

登録者氏名	(フリガナ)
連絡先	TEL: FAX:
施設名	
診療科名	
施設所在地	〒
連携産婦人科施設	
連携産婦人科医師名	(フリガナ)

登録変更受付後に、RevMate®センターより、「登録変更通知書」をお送りします。
登録内容変更日は、登録変更希望日(*)となります。

様式-12

変更前 (ver.1.0)

____ 病院 _____ 年 月 日
 ____ 先生 _____

RevMate®センター

RevMate® 登録変更通知書(処方医師)

登録内容の変更が完了いたしましたので、ご連絡申し上げます。
 (変更後の登録内容を記載しておりますので、ご確認ください。)

薬 剤	レブラミドカプセル 5mg		
登録内容 変更日	年 月 日	処方医師 ID	
氏 名			
施設名			
所在地	〒		
連絡先	TEL:	FAX:	
連携産婦人科医情報			
氏 名		施設名	

※ご不明の点については、RevMate®センター(FAX:0120-021-507 TEL:0120-071-025)に、
お問い合わせください。

様式-13

RevMate 変更案 (比較表)

13 変更案 (ver.2.0)

____ 病院 _____ 年 月 日
 ____ 先生 _____

RevMate®センター

RevMate® 登録変更通知書(処方医師)

登録内容の変更が完了いたしましたので、ご連絡申し上げます。
 (変更後の登録内容を記載しておりますので、ご確認ください。)

薬 剤	レブラミドカプセル 5mg		
登録内容 変更日	年 月 日	処方医師 ID	
氏 名			
施設名			
所在地	〒		
連絡先	TEL:	FAX:	
連携産婦人科医情報 (同一施設の場合、施設名のための記載となります)			
氏 名		施設名	

記載整備

※ご不明の点については、RevMate®センター(FAX:0120-021-507 TEL:0120-071-025)に、
お問い合わせください。

様式-13