

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター へ

処方医師

サリドマイド製剤安全管理手順に関する同意書

サリドマイド製剤（**サレド[®]カプセル**）を使用するにあたり、「サリドマイド製剤安全管理手順」（TERMS[®]）の遵守に同意します。

同 意 日： 年 月 日

施 設 名：

所 属：

処方医師署名：

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター へ

処方医師

サリドマイド製剤安全管理手順に関する同意書

サリドマイド製剤（**サレド[®]カプセル**）を使用するにあたり、「サリドマイド製剤安全管理手順」（TERMS[®]）を**理解し**、遵守に同意します。

理解度確認票を廃止し、同意書にて理解していることを
確認するため【指示事項（4）による変更】

同 意 日： 年 月 日

施 設 名：

所 属：

処方医師署名：

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター あて

連携に関する同意書(産科婦人科)

「サリドマイド製剤安全管理手順」(TERMS®)について、医薬情報担当者より情報提供を受け理解しました。

〔 施設名： _____ 医師名： _____ 〕

上記医師より依頼があった場合は、当科の医師が対応します。

変更無し

同 意 日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____

施設名・科： _____

所 在 地： _____

電 話 番 号： _____

医 師 署 名： _____

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター あて

連携に関する同意書(産科婦人科)

「サリドマイド製剤安全管理手順」(TERMS®)について、医薬情報担当者より情報提供を受け理解しました。

〔 施設名： _____ 医師名： _____ 〕

上記医師より依頼があった場合は、当科の医師が対応します。

同 意 日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____

施設名・科： _____

所 在 地： _____

電 話 番 号： _____

医 師 署 名： _____

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター へ

責任薬剤師

サリドマイド製剤安全管理手順に関する同意書

サリドマイド製剤（**サレド[®]カプセル**）を使用するにあたり、「サリドマイド製剤安全管理手順」（TERMS[®]）の遵守に同意します。

同 意 日： 年 月 日

施 設 名：

所 属：

責任薬剤師署名：

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター へ

責任薬剤師

サリドマイド製剤安全管理手順に関する同意書

サリドマイド製剤（**サレド[®]カプセル**）を使用するにあたり、「サリドマイド製剤安全管理手順」（TERMS[®]）を**理解し**、遵守に同意します。

理解度確認票を廃止し、同意書にて理解していることを
確認するため【指示事項（4）による変更】

同 意 日： 年 月 日

施 設 名：

所 属：

責任薬剤師署名：

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター へ

男性患者

サリドマイド製剤安全管理手順に関する同意書

サリドマイド製剤（サレド[®]）（以下本剤）に関する以下の内容につき同意します。
（同意項目に☑を記入）

- ☐ 本剤は、胎児に障害を起こす可能性があることを理解しました。
- ☐ 妊娠回避の必要性を理解しました。定められた期間中は性交渉をしないか、性交渉を行う場合にはコンドームを使用します。また、パートナーも同時に避妊することが望ましいことも理解しました。妊婦との性交渉はしません。
コンドームを使用せずに性交渉した、使用したが失敗した、又は失敗した可能性がある場合は、直ちに処方医師へ連絡します。
万が一、パートナーが妊娠した場合は、産科婦人科を受診し、追跡調査に協力します。また、必要に応じて、パートナーの情報を藤本製薬株式会社に提供することを承諾します。
- ☐ 妊娠回避の不徹底、又は妊婦との性交渉によって胎児への障害等の重篤な副作用が生じた場合は、私自身にも責任があることを理解しました。
- ☐ 定められた期間中は精子・精液を提供しません。
- ☐ 処方された本剤は私の治療のためだけのものであることを理解しました。私および薬剤管理者は、本剤を他の人と共有したり、他の人へ譲ったりしません。
- ☐ 本剤は、子供の手の届かない専用の場所で、他の薬や飲食物と区別して保管します。
- ☐ 本剤を紛失した場合は、本剤を受け取った薬剤部(科)へ直ちに連絡し薬剤師の指示に従います。
- ☐ 本剤を服用する必要がなくなった場合、残った薬は廃棄せず受け取った薬剤部(科)へ持参します。その際、返金がないことを承諾します。
- ☐ 本剤を不適切に扱い、万が一、事故が発生した場合は、私および薬剤管理者にも責任があることを理解しました。
- ☐ 私の氏名、住所、電話番号、生年月日等が藤本製薬株式会社に登録されることを承諾します。
- ☐ 安全管理手順から逸脱した場合、その内容によっては、本剤服用の一時停止、又は本剤での治療が中止されることを承諾します。
- ☐ 定期的に行われるアンケート調査に協力します。

【患者記入欄】

同意日： 年 月 日

患者署名：

患者本人の署名を基本としますが、本人の署名又は同意が病状等で困難な場合に限り代筆者又は代諾者の署名をお願いします。

代筆者又は代諾者氏名： (続柄)

【処方医師記入欄】

処方医師名：

注）この用紙は、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センターへ郵送又は MR へお渡しください。

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター へ

男性患者

サリドマイド製剤安全管理手順に関する同意書

サリドマイド製剤（サレド[®]）（以下本剤）に関して「サリドマイド製剤安全管理手順」(TERMS[®])を理解し、以下の内容につき同意します。（同意項目に☑を記入）

理解度確認票を廃止し、同意書にて理解していることを確認するため【指示事項（4）による変更】

- ☐ 本剤は、胎児に障害を起こす可能性があることを理解しました。
- ☐ 妊娠回避の必要性を理解しました。定められた期間中は性交渉をしないか、性交渉を行う場合にはコンドームを使用します。また、パートナーも同時に避妊することが望ましいことも理解しました。妊婦との性交渉はしません。
コンドームを使用せずに性交渉した、使用したが失敗した、又は失敗した可能性がある場合は、直ちに処方医師へ連絡します。
万が一、パートナーが妊娠した場合は、産科婦人科を受診し、追跡調査に協力します。また、必要に応じて、パートナーの情報を藤本製薬株式会社に提供することを承諾します。
- ☐ 妊娠回避の不徹底、又は妊婦との性交渉によって胎児への障害等の重篤な副作用が生じた場合は、私自身にも責任があることを理解しました。
- ☐ 定められた期間中は精子・精液を提供しません。
- ☐ 処方された本剤は私の治療のためだけのものであることを理解しました。私および薬剤管理者は、本剤を他の人と共有したり、他の人へ譲ったりしません。
- ☐ 本剤は、子供の手の届かない自分専用の場所で、飲食物と区別して保管します。
- ☐ 本剤を紛失した場合は、本剤を受け取った薬剤部(科)へ直ちに連絡し薬剤師の指示に従います。
- ☐ 本剤を服用する必要がなくなった場合、残った薬は廃棄せず受け取った薬剤部(科)へ持参します。その際、返金がないことを承諾します。【記載整備】 「他の薬や」の削除【記載整備】
- ☐ 本剤を不適切に扱い、万が一、事故が発生した場合は、私および薬剤管理者にも責任があることを理解しました。
- ☐ 私の氏名、住所、電話番号、生年月日等が藤本製薬株式会社に登録されることを承諾します。
- ☐ 安全管理手順から逸脱した場合、その内容によっては、本剤服用の一時停止、又は本剤での治療が中止されることを承諾します。
- ☐ 定期的に行われるアンケート調査に協力します。

【患者記入欄】

同意日： 年 月 日

患者署名：

患者本人の署名を基本としますが、本人の署名又は同意が病状等で困難な場合に限り代筆者又は代諾者の署名をお願いします。

代筆者又は代諾者氏名： (続柄)

【処方医師記入欄】

処方医師名：

注）この用紙は、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センターへ郵送又は MR へお渡しください。

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター あて

女性患者 B

サリドマイド製剤安全管理手順に関する同意書

サリドマイド製剤(サレド[®]カプセル) (以下本剤) に関^{する}以下の内容につき同意します。
(同意項目に☑を記入)

- ☐ 本剤は、胎児に障害を起こす可能性があることを理解しました。
- ☐ 処方された本剤は私の治療のためだけのものであることを理解しました。私および薬剤管理者は、本剤を他の人と共有したり、他の人へ譲ったりしません。
- ☐ 本剤は、子供の手の届かない専用の場所で、^{他の薬や}飲食物と区別して保管します。
- ☐ 本剤を紛失した場合は、本剤を受け取った薬剤部(科)へ直ちに連絡し薬剤師の指示に従います。
- ☐ 本剤を服用する必要がなくなった場合、残った薬は廃棄せず受け取った薬剤部(科)へ持参します。その際、返金がないことを承諾します。
- ☐ 本剤を不適切に扱い、万が一、事故が発生した場合は、私および薬剤管理者にも責任があることを理解しました。
- ☐ 私の氏名、住所、電話番号、生年月日等が藤本製薬株式会社に登録されることを承諾します。
- ☐ 安全管理手順から逸脱した場合、その内容によっては、本剤服用の一時停止、又は本剤での治療が中止されることを承諾します。
- ☐ 定期的に行われるアンケート調査に協力します。

【患者記入欄】

同意日： 年 月 日

患者署名： _____

患者本人の署名を基本としますが、本人の署名又は同意が病状等で困難な場合に限り代筆者又は代諾者の署名をお願いします。

代筆者又は代諾者氏名： _____ (続柄 _____)

【処方医師記入欄】

処方医師名： _____

注) この用紙は、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センターへ郵送又は MR へお渡しください。

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター あて

女性患者 B

サリドマイド製剤安全管理手順に関する同意書

サリドマイド製剤(サレド[®]カプセル) (以下本剤) に関^{して}「サリドマイド製剤安全管理手順」
(TERMS[®]) を理解し、以下の内容につき同意します。(同意項目に☑を記入)

- ☐ 本剤は、胎児に障害を起こす可能性があることを理解しました。
- ☐ 処方された本剤は私の治療のためだけのものであることを理解しました。私および薬剤管理者は、本剤を他の人と共有したり、他の人へ譲ったりしません。
- ☐ 本剤は、子供の手の届かない^{自分専用}の場所で、飲食物と区別して保管します。
- ☐ 本剤を紛失した場合は、本剤を受け取った薬剤部(科)へ直ちに連絡し薬剤師の指示に従います。
- ☐ 本剤を服用する必要がなくなった場合、^{残った薬は}廃棄せず受け取った薬剤部(科)へ持参します。その際、返金がないことを承諾します。
- ☐ 本剤を不適切に扱い、万が一、事故が発生した場合は、私および薬剤管理者にも責任があることを理解しました。
- ☐ 私の氏名、住所、電話番号、生年月日等が藤本製薬株式会社に登録されることを承諾します。
- ☐ 安全管理手順から逸脱した場合、その内容によっては、本剤服用の一時停止、又は本剤での治療が中止されることを承諾します。
- ☐ 定期的に行われるアンケート調査に協力します。

私は、以下のいずれかに該当し、必要な内容につき同意します。

- いずれかにチェックしてください

- ☐ ①自然閉経した (45 歳以上で 1 年間以上月経がない)、子宮又は両側卵巣を摘出した、あるいは子宮又は両側卵巣が先天的にない。
 - ☐ ②長期無月経について産婦人科専門医の確認を受け女性患者 B に登録された。ただし、リスクを正しく理解し、定期的に産婦人科専門医の診察を受け、状態に変化があった場合は、女性患者 C としての教育を受けて女性患者 C に登録を変更されることに同意します。
 - ☐ ③全身状態不良等の重篤な身体的理由により妊娠の機会がないことを申告し、処方医師に認められて女性患者 B に登録された。ただし、リスクを正しく理解し、女性患者 B-③の判断が継続していることについて定期的な診察により確認を受けること、状態に変化があった場合は、速やかに処方医師に申告し、女性患者 C としての教育を受けて女性患者 C に登録を変更されることに同意します。

【患者記入欄】

同意日： 年 月 日

患者署名： _____

患者本人の署名を基本としますが、本人の署名又は同意が病状等で困難な場合に限り代筆者又は代諾者の署名をお願いします。

代筆者又は代諾者氏名： _____ (続柄 _____)

【処方医師記入欄】

処方医師名： _____

注) この用紙は、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センターへ郵送又は MR へお渡しください。

サリドマイド製剤安全管理手順に関する同意書

サリドマイド製剤(サレド[®]カプセル) (以下本剤) に関する以下の内容につき同意します。
(同意項目に☑を記入)

- ☐ 本剤は、胎児に障害を起こす可能性があることを理解しました。
- ☐ 妊娠検査において陽性反応がでるまで、性交渉を行った日より 4 週間程度かかることがあることを理解しました。
- ☐ 同意日以降は、定められた期間中において性交渉を行わないか、パートナーとともに規定された避妊方法を実施します。
- ※ 服用開始日において妊娠していないことを確実にするため、以下のいずれかを実施します。
 - ☐ 同意日及び同意日の 2 週間後、4 週間後(初回処方前 24 時間以内)、に妊娠検査を受け陰性を確認後、服用を開始します。
 - ☐ 同意日の 4 週間以上前から性交渉を行っておりませんので、初回処方前 24 時間以内の妊娠検査で陰性を確認後、服用を開始します。
- ☐ 所定の時期に妊娠検査を受けます。
- ☐ 避妊を実施せずに性交渉した、避妊に失敗した、又は避妊に失敗した可能性がある場合は、直ちに本剤の服用を一時中止し、処方医師へ連絡します。
万が一、妊娠した場合は、産科婦人科を受診し、追跡調査に協力します。
また、必要に応じて、パートナーの情報を藤本製薬株式会社に提供することを承諾します。
- ☐ 妊娠回避の不徹底によって胎児への障害等の重篤な副作用が生じた場合は、私自身にも責任があることを理解しました。
- ☐ 定められた期間中は授乳をしません。
- ☐ 処方された本剤は私の治療のためだけのものであることを理解しました。私および薬剤管理者は、本剤を他の人と共有したり、他の人へ譲ったりしません。
- ☐ 本剤は、子供の手の届かない専用の場所で、他の薬や飲食物と区別して保管します。
- ☐ 本剤を紛失した場合は、本剤を受け取った薬剤部(科)へ直ちに連絡し薬剤師の指示に従います。
- ☐ 本剤を服用する必要がなくなった場合、残った薬は廃棄せず受け取った薬剤部(科)へ持参します。その際、返金がないことを承諾します。
- ☐ 本剤を不適切に扱い、万が一、事故が発生した場合は、私および薬剤管理者にも責任があることを理解しました。
- ☐ 私の氏名、住所、電話番号、生年月日等が藤本製薬株式会社に登録されることを承諾します。
- ☐ 安全管理手順から逸脱した場合、その内容によっては、本剤服用の一時停止、又は本剤での治療が中止されることを承諾します。
- ☐ 定期的に行われるアンケート調査に協力します。

【患者記入欄】

同意日： 年 月 日

患者署名： _____

患者本人の署名を基本としますが、本人の署名又は同意が病状等で困難な場合に限り代筆者又は代諾者の署名をお願いします。

代筆者又は代諾者氏名： _____ (続柄)

【処方医師記入欄】

処方医師名： _____

注) この用紙は、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センターへ郵送又は MR へお渡しください。

サリドマイド製剤安全管理手順に関する同意書

サリドマイド製剤(サレド[®]カプセル) (以下本剤) に関して「サリドマイド製剤安全管理手順」(TERMS[®]) を理解し、以下の内容につき同意します。(同意項目に☑を記入)

- ☐ 本剤は、胎児に障害を起こす可能性があることを理解しました。
- ☐ 妊娠検査において陽性反応がでるまで、性交渉を行った日より 4 週間程度かかることがあることを理解しました。
- ☐ 同意日以降は、定められた期間中において性交渉を行わないか、パートナーとともに規定された避妊方法を実施します。
- ※ 服用開始日において妊娠していないことを確実にするため、以下のいずれかを実施します。
 - ☐ 同意日及び同意日の 2 週間後、4 週間後(初回処方前 24 時間以内)、に妊娠検査を受け陰性を確認後、服用を開始します。
 - ☐ 同意日の 4 週間以上前から性交渉を行っておりませんので、初回処方前 24 時間以内の妊娠検査で陰性を確認後、服用を開始します。
- ☐ 所定の時期に妊娠検査を受けます。
- ☐ 避妊を実施せずに性交渉した、避妊に失敗した、又は避妊に失敗した可能性がある場合は、直ちに本剤の服用を一時中止し、処方医師へ連絡します。
万が一、妊娠した場合は、産科婦人科を受診し、追跡調査に協力します。
また、必要に応じて、パートナーの情報を藤本製薬株式会社に提供することを承諾します。
- ☐ 妊娠回避の不徹底によって胎児への障害等の重篤な副作用が生じた場合は、私自身にも責任があることを理解しました。
- ☐ 定められた期間中は授乳をしません 【記載整備】
- ☐ 処方された本剤は私の治療のためだけのものであることを理解しました。私および薬剤管理者は、本剤を他の人と共有したり、他の人へ譲ったりしません。 「他の薬や」の削除 【記載整備】
- ☐ 本剤は、子供の手の届かない自分専用の場所で、飲食物と区別して保管します。
- ☐ 本剤を紛失した場合は、本剤を受け取った薬剤部(科)へ直ちに連絡し薬剤師の指示に従います。
- ☐ 本剤を服用する必要がなくなった場合、残った薬は廃棄せず受け取った薬剤部(科)へ持参します。その際、返金がないことを承諾します。
- ☐ 本剤を不適切に扱い、万が一、事故が発生した場合は、私および薬剤管理者にも責任があることを理解しました。
- ☐ 私の氏名、住所、電話番号、生年月日等が藤本製薬株式会社に登録されることを承諾します。
- ☐ 安全管理手順から逸脱した場合、その内容によっては、本剤服用の一時停止、又は本剤での治療が中止されることを承諾します。
- ☐ 定期的に行われるアンケート調査に協力します。

【患者記入欄】

同意日： 年 月 日

患者署名： _____

患者本人の署名を基本としますが、本人の署名又は同意が病状等で困難な場合に限り代筆者又は代諾者の署名をお願いします。

代筆者又は代諾者氏名： _____ (続柄)

【処方医師記入欄】

処方医師名： _____

注) この用紙は、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センターへ郵送又は MR へお渡しください。6

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター あて

薬剤管理者

サリドマイド製剤安全管理手順に関する同意書

サリドマイド製剤(サレド[®]カプセル) (以下本剤) に関~~する~~以下の内容につき同意します。
(同意項目に☑を記入)

- ☐ 本剤は、胎児に障害を起こす可能性があることを理解しました。
- ☐ 処方された本剤は患者の治療のためだけのものであることを理解しました。私および患者は、本剤を他の人と共有したり、他の人へ譲ったりしません。
- ☐ 本剤は、子供の手の届かない専用の場所で、~~他の薬や~~飲食物と区別して保管します。
- ☐ 本剤を紛失した場合は、本剤を受け取った薬剤部(科)へ直ちに連絡し薬剤師の指示に従います。
- ☐ 本剤を服用する必要がなくなった場合、残った薬は廃棄せず受け取った薬剤部(科)へ持参します。その際、返金がないことを承諾します。
- ☐ 本剤を不適切に扱い、万が一、事故が発生した場合は、私および患者にも責任があることを理解しました。
- ☐ 私の氏名、住所、電話番号、生年月日等が藤本製薬株式会社に登録されることを承諾します。
- ☐ 安全管理手順から逸脱した場合、その内容によっては、本剤服用の一時停止、又は本剤での治療が中止されることを承諾します。
- ☐ 定期的に行われるアンケート調査に協力します。

【薬剤管理者記入欄】

同意日： 年 月 日

署名： _____

【処方医師記入欄】

処方医師名： _____

注) この用紙は、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センターへ郵送又は MR へお渡しください。

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター あて

薬剤管理者

サリドマイド製剤安全管理手順に関する同意書

サリドマイド製剤 ~~サレド[®]カプセル~~) (以下本剤) に関~~して~~「サリドマイド製剤安全管理手順」
(TERMS[®]) ~~を理解し、~~以下の内容につき同意します。(同意項目に☑を記入)

- ☐ 本剤は、胎児に障害を起こす可能性があることを理解しました。
- ☐ 処方された本剤は患者の治療のためだけのものであることを理解しました。私および患者は、本剤を他の人と共有したり、他の人へ譲ったりしません。
- ☐ 本剤は、子供の手の届かない~~患者~~専用の場所で、飲食物と区別して保管します。
- ☐ 本剤を紛失した場合は、本剤を受け取った薬剤部(科)へ直ちに連絡し薬剤師の指示に従います。
- ☐ 本剤を服用する必要がなくなった場合、~~残った薬は~~廃棄せず受け取った薬剤部(科)へ持参します。その際、返金がないことを承諾します。【記載整備】 「他の薬や」の削除【記載整備】
- ☐ 本剤を不適切に扱い、万が一、事故が発生した場合は、私および患者にも責任があることを理解しました。
- ☐ 私の氏名、住所、電話番号、生年月日等が藤本製薬株式会社に登録されることを承諾します。
- ☐ 安全管理手順から逸脱した場合、その内容によっては、本剤服用の一時停止、又は本剤での治療が中止されることを承諾します。
- ☐ 定期的に行われるアンケート調査に協力します。

【薬剤管理者記入欄】

同意日： 年 月 日

署名： _____

【処方医師記入欄】

処方医師名： _____

注) この用紙は、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センターへ郵送又は MR へお渡しください。

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター あて

特約店責任薬剤師

サリドマイド製剤安全管理手順に関する同意書

サリドマイド製剤（**サレド[®]カプセル**）を使用するにあたり、「サリドマイド製剤安全管理手順」（TERMS[®]）の遵守に同意します。

同 意 日： 年 月 日

社 名：

事 業 所 名：

特約店
責任薬剤師署名：

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター あて

特約店責任薬剤師

サリドマイド製剤安全管理手順に関する同意書

サリドマイド製剤（**サレド[®]カプセル**）を使用するにあたり、「サリドマイド製剤安全管理手順」（TERMS[®]）を**理解し**、遵守に同意します。

理解度確認票を廃止し、同意書にて理解していることを
確認するため【指示事項（4）による変更】

同 意 日： 年 月 日

社 名：

事 業 所 名：

特約店
責任薬剤師署名：

この確認票は、サリドマイド製剤(**サレド®** Salid®)による治療を受けるための説明(教育)の実施後、患者さんご自身と薬剤管理者の方にお守りいただく事柄などについて、十分理解されたかを確認するためのものです。大変重要なことですので、全問正解するまでお答えください(薬剤管理者の方と協力していただくことも可能です)。

なお、医療従事者の方にも同じ内容を、確認のために質問させていただいています。ご協力お願いいたします。

以下の質問で『正しい』と思われるものに☑でお答えください。

質問 1 ～ 3. 回答対象者：患者さん及び医療従事者の方

1. サリドマイドは 1960 年（昭和 35 年）頃に日本のみならず世界中で重大な副作用被害をひきおこしました。その副作用被害とはどのようなものでしたか？
- ☐ 服用した妊婦から障害を持つ子供が産まれたり、死産があった。
2. 自宅でサリドマイド製剤をどのように保管しますか？
- ☐ 薬箱に他の薬と一緒に入れて保管してはいけない。

☐ 他の人が誤って服用しないように保管する。

☐ 子供の手の届かない、専用の場所で保管する。
3. もし、サリドマイド製剤が残ってしまった場合どうしますか？
- ☐ 他の人に譲り渡してはいけない。

☐ 必ず調剤を受けている薬剤部(科)に持参する。

質問 4. 回答対象者：患者群 A ・ C の患者さん及び医療従事者の方

4. サリドマイド製剤による治療をうけるためには、妊娠回避を徹底するために守らなければならぬことがあります。それは何ですか？

《 患者群 A の患者さん及び医療従事者の方 回答欄 》

- ☐ 最も確実な妊娠回避の方法は、性交渉を行わないことである。
- ☐ 性交渉する場合には、コンドームを使用する。ただし、妊娠と性交渉をしてはならない。
- ☐ 生殖能力のない場合（精管結紮や無精子症など）でも、コンドームを使用しななければならない。
- ☐ 確実に妊娠を回避するため、パートナーも避妊方法を実施することが望ましい。
- ☐ 避妊に失敗したかもしれないと思ったら、直ちに処方医師に連絡する。

《 患者群 C の患者さん及び医療従事者の方 回答欄 》

- ☐ 最も確実な妊娠回避の方法は、性交渉を行わないことである。
- ☐ 性交渉する場合には、女性のみならず男性も避妊を徹底する。
- ☐ 性交渉がなくても、毎回の妊娠検査は受けなければならない。
- ☐ 避妊に失敗したかもしれないと思ったらサリドマイド製剤の服用を中止し、直ちに処方医師に連絡する。

記入日

年

月

日

(患者 ・ 薬剤管理者 ・ 医師 ・ 薬剤師)

署名

注) この用紙は、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センターへ郵送又は MR へお渡しください。

理解度確認票の廃止に伴う様式の廃止
【指示事項（４）による変更】

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター あて

登録申請書（処方医師）

		登録申請日		年		月		日	
施設名	以下の全てを満たす								
	☐ 本剤投与に関して、緊急時に十分対応できる設備を有する ☐ 本剤を院内にて調剤することが可能である								
所在地	〒								
	TEL : () — FAX : () —								
処方医師	氏名								
	・姓と名の間は、1 マス空けてください。 ・お名前を登録しますので、漢字は大きくはっきりとご記入ください。								
	所属								
	医籍登録番号								
		【登録要件の確認】 以下の全てを満たす							
		☐ サリドマイドの催奇形性及び本手順に関する情報提供を受け、理解している							
		☐ 本手順の遵守に同意する							
		☐ 産科婦人科医師と連携を図ることに同意が得られている							
		☐ 研修医ではない（ただし、日本血液学会認定血液専門医は除く）							
		☐ 次のいずれかに該当する							
		☐ 日本血液学会認定血液専門医である 注1)							
		☐ 日本血液学会認定血液専門医と連携が可能である 注2)							
		☐ 過去に TERMS に登録の上、本剤の処方経験を有する							
		☐ 上記以外である 注3)							

注 1) 日本血液学会認定血液専門医の証明書(写)が必要です。
注 2) 日本血液学会認定血液専門医の証明書(写) 及び連携を証明する文書又は文書(写) が必要です。
注 3) TERMS 委員会の評価が必要です。

登録申請書の追加
【第3版補遺による変更】

多発性骨髄腫

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター あて

登録申請書（処方医師）

		登録申請日		年		月		日	
施設名	以下の全てを満たす								
	☐ 本剤投与に関して、緊急時に十分対応できる設備を有する ☐ 本剤を院内にて調剤することが可能である								
所在地	〒								
	TEL : () — FAX : () —								
処方医師	氏名								
	・姓と名の間は、1 マス空けてください。 ・お名前を登録しますので、漢字は大きくはっきりとご記入ください。								
	所属								
	医籍登録番号								
		【登録要件の確認】 以下の全てを満たす							
		☐ サリドマイドの催奇形性及び本手順に関する情報提供を受け、理解している							
		☐ 本手順の遵守に同意する							
		☐ 産科婦人科医師と連携を図ることに同意が得られている							
		☐ 研修医ではない（ただし、日本血液学会認定血液専門医は除く）							
		☐ 次のいずれかに該当する							
		☐ 日本血液学会認定血液専門医である 注1)							
		☐ 日本血液学会認定血液専門医と連携が可能である 注2)							
		☐ 過去に TERMS に登録の上、本剤の多発性骨髄腫に対する処方経験を有する							
		☐ 上記以外である 注3)							

注 1) 日本血液学会認定血液専門医の証明書(写)が必要です。
注 2) 日本血液学会認定血液専門医の証明書(写) 及び連携を証明する文書又は文書(写) が必要です。
注 3) TERMS 委員会の評価が必要です。

効能追加に伴う医師登録要件の変更
【第3版補遺による変更】

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター あて

登録申請書（処方医師）

		登録申請日		年		月		日	
施 設 名	以下の全てを満たす ☐ 本剤投与に関して、緊急時に十分対応できる設備を有する ☐ 本剤を院内にて調剤することが可能である								
	〒								
所 在 地	TEL：（ ） － FAX：（ ） －								
処方医師	氏 名								
	・姓と名の間は、1マス空けてください。 ・お名前を登録しますので、漢字は大きくはっきりとご記入ください。								
	所 属								
	医籍登録番号								
	【登録要件の確認】 以下の全てを満たす ☐ サリドマイドの催奇形性及び本手順に関する情報提供を受け、理解している ☐ 本手順の遵守に同意する ☐ 産科婦人科医師と連携を図ることに同意が得られている ☐ 研修医ではない（ただし、日本皮膚科学会認定皮膚科専門医は除く） ☐ 次のいずれかに該当する ☐ 日本皮膚科学会認定皮膚科専門医 注1) 又は国立ハンセン病療養所に勤務する常勤医師である ☐ 日本皮膚科学会認定皮膚科専門医又は国立ハンセン病療養所に勤務する常勤医師と連携が可能である 注2) ☐ 過去に TERMS に登録の上、本剤のらい性結節性紅斑に対する処方経験を有する ☐ 上記以外である 注3)								

注 1) 日本皮膚科学会認定皮膚科専門医の証明書(写)が必要です。
注 2) 日本皮膚科学会認定皮膚科専門医と連携の場合は、日本皮膚科学会認定皮膚科専門医の証明書(写)及び連携を証明する文書又は文書(写)が必要です。国立ハンセン病療養所に勤務する常勤医師と連携の場合は、連携を証明する文書又は文書(写)が必要です。
注 3) TERMS 委員会の評価が必要です。

11

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター あて

登録申請書（責任薬剤師）

	登録申請日	年	月	日			
施設名							
所在地	〒						
	TEL : () — FAX : () —						
責任薬剤師	氏名						
	・姓と名の間は、1マス空けてください。 ・お名前を登録しますので、漢字は大きくはっきりとご記入ください。						
	所属						
	薬剤師名簿 登録番号						
	確認項目	☐ サリドマイドの催奇形性及び本手順に関する情報提供を受け、理解している ☐ 本手順の遵守に同意する					
保管場所の 設置状況	☐ 人の出入りが制限された施設可能な場所にて薬剤管理が可能である						

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター あて

登録申請書（責任薬剤師）

	登録申請日	年	月	日			
施設名							
所在地	〒						
	TEL : () — FAX : () —						
責任薬剤師	氏名						
	・姓と名の間は、1マス空けてください。 ・お名前を登録しますので、漢字は大きくはっきりとご記入ください。						
	所属						
	薬剤師名簿 登録番号						
	確認項目	☐ サリドマイドの催奇形性及び本手順に関する情報提供を受け、理解している ☐ 本手順の遵守に同意する					
保管場所の 設置状況	☐ 人の出入りが制限された施設可能な場所にて薬剤管理が可能である						

藤本製菓株式会社
TERMS 管理センター あて

登録申請書（患者）その1

登録申請者

施 設 名 : _____

処方医師名： _____

登録番号: | | | | | | |

		登録申請日	年	月	日				
患者	氏名								
	・姓と名の間は、1マス空けてください。 ・お名前を登録しますので、漢字は大きくはっきりとご記入ください。								
	住所		〒						
			TEL：() －						
	患者群	☐ A：男性患者							
		☐ B：女性患者 B 自然閉経した女性(45歳以上で1年間以上月経がない)、子宮又は両側卵巣を摘出した女性							
☐ C：女性患者 C 女性患者 B に該当せず、本剤の服用による治療方法が適切と判断した女性									
生年月日		明・大・昭・平		年	月	日			
疾患名		☐ 多発性骨髄腫 ☐ その他（ ）							
確認項目	☐ ：サリドマイドの催奇形性及び本手順に関する教育を受け、理解度を確認した								
	☐ ：本手順の遵守に同意した								
	☒ 女性患者 C （以下のいずれか）								
	☐ ：投与開始予定 4 週間前及び 2 週間前の妊娠検査が陰性であった(尿検査：25 IU/L の感度以上) ☐ ：同意日の 4 週間前から性交渉をしていないことを確認した								

注) この用紙は、藤本製薬株式会社 **TERMS** 管理センターへ郵送又は **MR** へお渡しください。

藤本製菓株式会社
TERMS 管理センター あて

登録申請書（患者）その1

登録申請者

施 設 名 : _____

処方医師名： _____

登録番号:

		登録申請日	年	月	日	
患者群	氏名	□ □ □ □ □ □ □ □ ・姓と名の間は、1マス空けてください。 ・お名前を登録しますので、漢字は大きくはっきりとご記入ください。				
	住所	〒				
		TEL : () -				
		☐ A：男性患者 女性患者Bの定義の変更に伴う変更【指示事項（１）による変更】				
		☐ B：女性患者B ・自然閉経した女性（45歳以上で1年間以上月経がない）、子宮又は両側卵巣を摘出した女性、あるいは子宮又は両側卵巣が先天的にない女性 ・年齢にかかわらず、産婦人科専門医が産婦人科診療ガイドライン(婦人科外来編の早発卵巣不全の項)に準じて、定期的に卵巣機能が停止していると確認した女性 ・処方医師が、患者の申告を踏まえ、全身状態不良等の重篤な身体的理由により妊娠の機会がないと判断した女性 注) 状態の変化により女性患者Cに移行する場合は、女性患者Cとして教育を受け、同意書を再提出する必要があります				
		☐ C：女性患者C 女性患者Bに該当せず、本剤の服用による治療方法が適切と判断した女性				
いずれかにチェック ☐投与開始予定４週間前及び２週間前の妊娠検査が陰性であった 記載整備 ☐同意日の４週間前から性交渉をしていないことを確認した						
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日					
疾患名	☐ 多発性骨髄腫 ☐ らい性結節性紅斑 疾患名の追加【第３版補遺による変更】					

注) この用紙は、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センターへ郵送又は MIV へお渡しください。 13

登録申請書（患者）その2

— 患者及び患者関係者 —

薬 剤 管 理 者

氏 名		・姓と名の間は、1マス空けてください。 ・お名前を登録しますので、漢字は大きくはっきりとご記入ください。									
住 所	〒 ☐ 患者と同じ住所										
	TEL：() -										
生 年 月 日						続 柄					
明・大・昭・平 年 月 日											
確 認 項 目		☐：サリドマイドの催奇形性及び本手順に関する教育を受け、理解度を確認した ☐：本手順の遵守に同意した									

確 認 項 目（第三者評価機関の調査）

患者さんから電話をし、調査を受けることが可能ですか	☐できる ☐できない → 理由： 電話調査ができない場合は記入調査となります。
調査時期の通知を患者さん宅に郵送してもよろしいですか	☐はい ☐いいえ → 「いいえ」の場合は処方医師から調査時期の連絡を受けることとなります。

注）この用紙は、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センターへ郵送又は MR へお渡しください。

登録申請書（患者）その2

— 患者及び患者関係者 —

薬 剤 管 理 者

氏 名		・姓と名の間は、1マス空けてください。 ・お名前を登録しますので、漢字は大きくはっきりとご記入ください。								
住 所	〒 ☐ 患者と同じ住所									
	TEL：() -									
生 年 月 日						続 柄				
明・大・昭・平 年 月 日										

理解度確認票の廃止に伴う記載整備
【指示事項（4）に伴う変更】

確 認 項 目（第三者評価機関の調査）

患者さんから電話をし、調査を受けることが可能ですか	☐できる ☐できない → 理由： 電話調査ができない場合は記入調査となります。
調査時期の通知を患者さん宅に郵送してもよろしいですか	☐はい ☐いいえ → 「いいえ」の場合は処方医師から調査時期の連絡を受けることとなります。

注）この用紙は、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センターへ郵送又は MR へお渡しください。 14

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター あて

登録申請書（特約店責任薬剤師）

		登録申請日	年		月		日	
社 名								
	事業所名							
	麻薬卸売業者 免許番号							
所 在 地	〒							
	TEL : () — FAX : () —							
特約店 責任薬剤師	氏 名							
	・ 姓と名の間は、1マス空けてください。 ・ お名前を登録しますので、漢字は大きくはっきりとご記入ください。							
	薬剤師名簿 登録番号							
	確 認 項 目	☐ サリドマイドの催奇形性及び本手順に関する情報提供を受け、理解している ☐ 本手順の遵守に同意する						
保管場所の 設置状況	☐ 人の出入りが制限された施設可能な場所にて薬剤管理が可能である							

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター あて

登録申請書（特約店責任薬剤師）

		登録申請日	年		月		日	
社 名								
	事業所名							
	麻薬卸売業者 免許番号							
所 在 地	〒							
	TEL : () — FAX : () —							
特約店 責任薬剤師	氏 名							
	・ 姓と名の間は、1マス空けてください。 ・ お名前を登録しますので、漢字は大きくはっきりとご記入ください。							
	薬剤師名簿 登録番号							
	確 認 項 目	☐ サリドマイドの催奇形性及び本手順に関する情報提供を受け、理解している ☐ 本手順の遵守に同意する						
保管場所の 設置状況	☐ 人の出入りが制限された施設可能な場所にて薬剤管理が可能である							

処方医師

登録通知書（処方医師）

	登録日	年	月	日				
施設名								
所在地	〒							
	TEL : () — FAX : () —							
処方医師	氏名							
	登録番号							
	所属							
連携する 産科婦人科 医師	施設名 : _____							
	医師名 : _____							

処方医師

登録通知書（処方医師）

	登録日	年	月	日				
施設名								
所在地	〒							
	TEL : () — FAX : () —							
処方医師	氏名							
	登録番号							
	所属							
連携する 産科婦人科 医師	施設名 : _____							
	医師名 : _____							

責任薬剤師

登録通知書（責任薬剤師）

		登録日	年		月	日
施設名						
所在地	〒					
	TEL : () - FAX : () -					
責任薬剤師	氏名					
	登録番号					
	所属					

責任薬剤師

登録通知書（責任薬剤師）

		登録日	年		月	日
施設名						
所在地	〒					
	TEL : () - FAX : () -					
責任薬剤師	氏名					
	登録番号					
	所属					

施 設 名：

登 録 番 号：

処方医師名：

登録通知書（患者）

		登録日	年 月 日					
患 者	氏 名							
	登 録 番 号							
	住 所	〒						
		TEL：（ ） —						
	患 者 群							
	生 年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日						
疾 患 名	☐ 多発性骨髄腫 ☐ その他（ ）							
薬 剤 管 理 者	氏 名							
	住 所	〒 ☐ 患者と同じ住所						
		TEL：（ ） —						
	生 年 月 日			続 柄				
	明・大・昭・平 年 月 日							
備 考								

施 設 名：

登 録 番 号：

処方医師名：

登録通知書（患者）

		登録日	年 月 日					
患 者	氏 名							
	登 録 番 号							
	住 所	〒						
		TEL：（ ） —						
	患 者 群							
	生 年 月 日	明・大・昭・平 年						
疾 患 名								
薬 剤 管 理 者	氏 名							
	住 所	〒 ☐ 患者と同じ住所						
		TEL：（ ） —						
	生 年 月 日			続 柄				
	明・大・昭・平 年 月 日							
備 考								

該当する疾患名を当社で表示する
【第3版補遺による変更】

特約店責任薬剤師

登録通知書（特約店責任薬剤師）

		登録日		年		月		日	
社 名									
	事業所名								
所 在 地	〒								
	TEL : () — FAX : () —								
特約店 責任薬剤師	氏 名								
	登 録 番 号								

特約店責任薬剤師

登録通知書（特約店責任薬剤師）

		登録日		年		月		日	
社 名									
	事業所名								
所 在 地	〒								
	TEL : () — FAX : () —								
特約店 責任薬剤師	氏 名								
	登 録 番 号								

登録カード（患者用）

表面

患者登録カード

このカードは TERMS[®]に登録されている方にお渡し
しています。登録番号が必要なときにご利用ください。

他の診療科や医療機関を受診する際、院外薬局に
おいてサリドマイド製剤(サリド[®]カプセル)以外の調剤を
受ける際には、裏面をご提示ください。

医療機関： _____
氏 名： _____
登録番号： _____

裏面

◆医師または薬剤師さんへ◆

この患者さんはサリドマイド製剤(サリド[®]カプセル)を服用中
です。本製剤は特別な管理が必要です。併用注意、その他
の詳しい情報につきましては、サリド[®]カプセル の添付文書
又は藤本製薬のホームページ等でご確認いただくか、下記
までお問い合わせください。

このカードは患者さんにとって大切なものです。
拾得された方は下記までご連絡くださいますよう
お願いいたします。

 藤本製薬株式会社

TERMS管理センター

大阪府松原市西野々2-2-10 ☎ 0120-001-468

《キャッシュカードサイズ》

登録カード（患者用）

表面

患者登録カード

このカードは TERMS[®]に登録されている方にお渡し
しています。登録番号が必要なときにご利用ください。

他の診療科や医療機関を受診する際、院外薬局に
おいてサリドマイド製剤(サリド[®]カプセル)以外の調剤を
受ける際には、裏面をご提示ください。

医療機関： _____
氏 名： _____
登録番号： _____

裏面

◆医師または薬剤師さんへ◆

この患者さんはサリドマイド製剤(サリド[®]カプセル)を服用中
です。本製剤は特別な管理が必要です。併用注意、その他
の詳しい情報につきましては、サリド[®]カプセル の添付文書
又は藤本製薬のホームページ等でご確認いただくか、下記
までお問い合わせください。

このカードは患者さんにとって大切なものです。
拾得された方は下記までご連絡くださいますよう
お願いいたします。

 藤本製薬株式会社

TERMS管理センター

大阪府松原市西野々2-2-10 ☎ 0120-001-468

《キャッシュカードサイズ》

変更無し

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター あて

登録情報変更申請書

申請日：____年____月____日

申請者氏名：_____

施設名又は社名及び事業所名：_____

申請者登録番号

☐ 処方医師登録番号（変更対象者が患者の場合は処方医師が申請者となります。）

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

☐ 責任薬剤師登録番号

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

☐ 特約店責任薬剤師登録番号

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

※変更対象者が患者の場合、患者氏名・登録番号を下記にご記入ください。

☐ 患者氏名：_____

患者登録番号：

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

変更内容

【変更前】	【変更後】

注）この用紙は、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センターへ郵送又は MR へお渡しください。

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター あて

登録情報変更申請書

申請日：____年____月____日

申請者氏名：_____

施設名又は社名及び事業所名：_____

申請者登録番号

☐ 処方医師登録番号（変更対象者が患者の場合は処方医師が申請者となります。）

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

☐ 責任薬剤師登録番号

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

☐ 特約店責任薬剤師登録番号

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

※変更対象者が患者の場合、患者氏名・登録番号を下記にご記入ください。

☐ 患者氏名：_____

患者登録番号：

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

変更内容

【変更前】	【変更後】

注）この用紙は、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センターへ郵送又は MR へお渡しください。

登録情報変更通知書

通知日： 年 月 日

申請者氏名：

施設名又は社名及び事業所名：

申請者登録番号

☐ 処方医師登録番号

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

☐ 責任薬剤師登録番号

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

☐ 特約店責任薬剤師登録番号

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

☐ 患者登録番号

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

変更内容

【 変 更 前 】	【 変 更 後 】

登録情報変更通知書

通知日： 年 月 日

申請者氏名：

施設名又は社名及び事業所名：

申請者登録番号

☐ 処方医師登録番号

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

☐ 責任薬剤師登録番号

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

☐ 特約店責任薬剤師登録番号

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

☐ 患者登録番号

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

変更内容

【 変 更 前 】	【 変 更 後 】

男性患者

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。

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。	☐ はい	☐ いいえ
② 性交渉がなかったか、または規定された避妊方法を行いましたか。 (性交渉なし、または避妊方法を行った場合は「はい」に記入してください)	☐ はい	☐ 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。	☐ はい	☐ いいえ
④ 本剤を紛失しましたか。	☐ はい	☐ いいえ
⑤ 処方調剤時にカプセルシートを持参しましたか。	☐ はい	☐ 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

男性患者

品名を明記
サレド[®]カプセル 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。

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。	☐ はい	☐ いいえ
② 性交渉がなかったか、または規定された避妊方法を行いましたか。 (性交渉なし、または避妊方法を行った場合は「はい」に記入してください)	☐ はい	☐ いいえ
③ 精子・精液の提供をしましたか	☐ はい	☐ いいえ
④ 本剤を他人と共有、他人に譲渡あるいは廃棄しましたか。	☐ はい	☐ いいえ
⑤ 本剤を紛失しましたか。	☐ はい	☐ 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

定期確認調査票

女性患者 B

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。

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。	☐ はい	☐ 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。	☐ はい	☐ いいえ
③ 本剤を紛失しましたか。	☐ はい	☐ 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。	☐ はい	☐ 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

品名を明記

サレド[®] カプセル 定期確認調査票

女性患者 B

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。

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。	☐ はい	☐ 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。	☐ はい	☐ いいえ
③ 本剤を紛失しましたか。	☐ はい	☐ 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
藤本製菓株式会社 TERMS 管理センター
TEL：0120-001-468 FAX：0120-007-121

女性患者 C

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。

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。	☐ はい	☐ いいえ
② 性交渉がなかったか、または規定された避妊方法を男性パート ナーとともに行いましたか。 (性交渉なし、または避妊方法を行った場合は「はい」に記入 してください)	☐ はい	☐ 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。	☐ はい	☐ いいえ
④ 本剤を紛失しましたか。	☐ はい	☐ いいえ
⑤ 処方調剤時にカプセルシートを持参しましたか。	☐ はい	☐ 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

女性患者 C

品名を明記

サレド[®]カプセル

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。

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。	☐ はい	☐ いいえ
② 性交渉がなかったか、または規定された避妊方法を男性パート ナーとともに行いましたか。 (性交渉なし、または避妊方法を行った場合は「はい」に記入 してください)	☐ はい	☐ 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。	☐ はい	☐ いいえ
④ 本剤を紛失しましたか。	☐ はい	☐ いいえ

カプセルシート持参が必須ではないことによる削除
【指示事項（5）による変更】

【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

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

遵守状況等確認票

男性患者

チェックは、該当する ☐ に ☒ のように記入し、間違った場合は ☒ 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	☐ はい ☐ いいえ	☐ 受けた ☐ 受けていない
②避妊失敗時の対応方法について説明した	☐ はい ☐ いいえ	☐ 受けた ☐ 受けていない
③精子・精液の提供禁止について説明した	☐ はい ☐ いいえ	☐ 受けた ☐ 受けていない
④薬剤管理者変更について確認した	☐ はい ☐ いいえ	☐ 変更なし ☐ 変更あり

記入日 20 年 月 日

処方医師
登録番号
処方
医師名

患者
登録番号 ☐ 外来 ☐ 入院

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

確認事項(初回調剤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	☐ はい ☐ いいえ	☐ 受けた ☐ 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	☐ はい ☐ いいえ	☐ 受けた ☐ 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	☐ はい ☐ いいえ	☐ 受けた ☐ 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	☐ はい ☐ いいえ	☐ 受けた ☐ 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

品名を明記

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

患者群の強調

サレド[®]カプセル

遵守状況等確認票

男性患者

チェックは、該当する ☐ に ☒ のように記入し、間違った場合は ☒ を記入してください。

記載整備 項目(初回処方時及び入院中は確認不要です)	確認欄	処方医師 登録番号						
	☐	処方 医師名						
		記入日	20	年		月		日

精子・精液の提供の項目の削除

チェック欄をまとめた

患者
登録番号 ☐ 外来 ☐ 入院

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

記載整備

チェック欄をまとめた

確認事項(初回調剤時及び入院中は確認不要です)	確認欄	薬剤の紛失	処方医師の記載内容
④家庭内での本剤の管理・保管について説明した	☐	☐ なし ☐ あり ↓ *紛失届を作成してください	☐ 確認済
⑤本剤の共有・譲渡・廃棄の禁止について説明した			
⑥未服用薬数量を毎回報告することを説明した			
⑦不要薬の調剤元への返却について説明した			
記入日	20 年 月 日	責任薬剤師 登録番号	担当 薬剤師名

薬剤師
コメント

薬剤師コメント欄の追加

チェック欄をまとめた

カプセルシート持参が必須ではないことによる変更
【指示事項(5)による変更】

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催奇形性のリスクについて説明した	☐ はい ☐ いいえ ☐	☐ 受けた ☐ 受けていない ☐
②薬剤管理者変更について確認した	☐ はい ☐ いいえ ☐	☐ 変更なし ☐ 変更あり ☐

記入日 20 年 月 日

処方医師登録番号							
処方医師名							

患者登録番号								☐ 外来 ☐ 入院
--------	--	--	--	--	--	--	--	---

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
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(初回調剤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	☐ はい ☐ いいえ ☐	☐ 受けた ☐ 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	☐ はい ☐ いいえ ☐	☐ 受けた ☐ 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	☐ はい ☐ いいえ ☐	☐ 受けた ☐ 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	☐ はい ☐ いいえ ☐	☐ 受けた ☐ 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							

品名を明記

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

患者群の強調

サレド[®]カプセル

遵守状況等確認票

女性患者 B

記載整備

チェックは、該当する ☐ に ☒ のように記入し、間違った場合は ☒ 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)	確認欄	処方医師登録番号							
①催奇形性のリスクについて説明した	☐	処方医師名							
②薬剤管理者変更について確認した									
女性患者 B の定義の変更に伴う変更 【指示事項 (1) による変更】		チェック欄をまとめた	20	年	月	日			

患者区分に関する確認事項 (いずれかの欄にチェックを入れてください)

☐ 自然閉経した (45 歳以上で 1 年間に以上月経がない)、子宮又は両側卵巣を摘出した、あるいは子宮又は両側卵巣が先天的にない

上記のいずれにも当てはまらない場合は、現在の状況について以下のいずれかの欄にチェックを入れてください。

☐ 年齢にかかわらず、産婦人科専門医が産婦人科診療ガイドライン (婦人科外来編の早発卵巣不全の項) に準じて、定期的に卵巣機能が停止していると確認した

(確認日 年 月 日) → (次回確認予定日 年 月 日)

(医療機関: 産婦人科専門医名:)

☐ 処方医師が、患者の申告を踏まえ、全身状態不良等の重篤な身体的理由により妊娠の機会がないと判断した
重篤な身体的理由 { }

注) 上記のいずれにも該当しない場合は女性患者 C に変更してください。女性患者 C の内容の教育と同意書の再提出が必要です。その後、女性患者 C 用の遵守状況等確認票を用いて処方の手続きを行ってください。

患者登録番号								☐ 外来 ☐ 入院
--------	--	--	--	--	--	--	--	---

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

薬剤の紛失	☐ なし ☐ あり ↓ *紛失届を作成してください
-------	---

記載整備

チェック欄をまとめた

確認事項(初回調剤時及び入院中は確認不要です)	確認欄	薬剤の紛失	処方医師の記載内容
③家庭内での本剤の管理・保管について説明した	☐	☐ なし ☐ あり ↓ *紛失届を作成してください	☐ 確認済
④本剤の共有・譲渡・廃棄の禁止について説明した			
⑤未服用薬数量を毎回報告することを説明した			
⑥不要薬の調剤元への返却について説明した			

カプセルシート持参が必須ではないことによる変更
【指示事項 (5) による変更】

薬剤師コメント

薬剤師コメント欄の追加

責任薬剤師登録番号							
担当薬剤師名							

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

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	☐ はい ☐ いいえ	☐ 受けた ☐ 受けていない
②4週毎の妊娠検査について説明した	☐ はい ☐ いいえ	☐ 受けた ☐ 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	☐ はい ☐ いいえ	☐ 受けた ☐ 受けていない
④薬剤管理者変更について確認した	☐ はい ☐ いいえ	☐ 変更なし ☐ 変更あり

記入日 20 年 月 日

処方医師 登録番号							
処方 医師名							

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(初回調剤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	☐ はい ☐ いいえ	☐ 受けた ☐ 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	☐ はい ☐ いいえ	☐ 受けた ☐ 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	☐ はい ☐ いいえ	☐ 受けた ☐ 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	☐ はい ☐ いいえ	☐ 受けた ☐ 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							

品名を明記

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

患者群の強調

サレド[®]カプセル

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、間違った場合は ☒ を記入してください。

記載整備 確認事項(初回処方時及び入院中は確認不要です)	確認欄	処方医師 登録番号	処方 医師名	記入日	20 年 月 日
①催奇形性のリスクと妊娠回避の必要性を説明した	☐				
②4週毎の妊娠検査について説明した					
③避妊失敗時の対応方法について説明した					
④薬剤管理者変更について確認した					

チェック欄をまとめた

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

記載整備 確認事項(初回調剤時及び入院中は確認不要です)	確認欄	薬剤の紛失	処方医師の記載内容
⑤家庭内での本剤の管理・保管について説明した	☐	☐ なし ☐ あり ↓ *紛失届を作成してください	☐ 確認済
⑥本剤の共有・譲渡・廃棄の禁止について説明した			
⑦未服用薬数量を毎回報告することを説明した			
⑧不要薬の調剤元への返却について説明した			

チェック欄をまとめた

カプセルシート持参が必須ではないことによる変更
【指示事項(5)による変更】

20 チェック欄をまとめた

薬剤師 コメント	薬剤師コメント欄の追加	責任薬剤師 登録番号						
		担当 薬剤師名						

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
-----	------

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

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。

交付可	交付不可
-----	------

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

処方・調剤の手続きによる
患者の負担軽減のための変更
【指示事項（3）の②による変更】

中止後確認調査票

男性患者

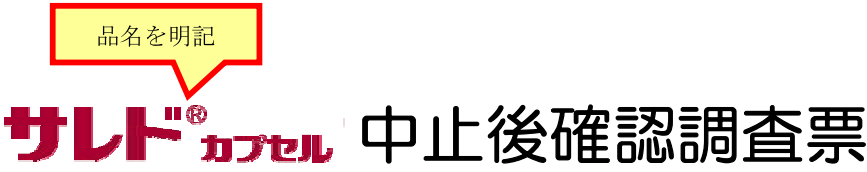
以下の設問について、本剤服用中止後から 4 週間後まで の状況をお答えください。
チェックは該当する ☐ に ☒ のようにペンにて記入し、間違った場合には ☒ を記入してください。
なお、あなたの日常生活に当てはまらない質問が含まれていますが、すべての男性患者を対象として確認させていただいておりますのでご了承ください。
記入後、所定の封筒に入れ、郵送してください。

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

① 性交渉がなかったか、または規定された避妊方法を行いましたか。 (性交渉なし、または避妊方法を行った場合は「はい」に記入してください)	☐ はい	☐ 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



男性患者

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、郵送してください。

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

① 性交渉がなかったか、または規定された避妊方法を行いましたか。 (性交渉なし、または避妊方法を行った場合は「はい」に記入してください)	☐ はい	☐ 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

FAX：0120-007-121

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	☐ 陰性 ☐ 陰性でない
②性交渉がなかったか、または規定された避妊方法を男性パートナーとともに行いましたか。 (性交渉なし、または避妊方法を行った場合は「はい」に記入してください)	☐ はい ☐ いいえ

記入日	20	年	月	日
-----	----	---	---	---

処方医師 登録番号							
処方 医師名							

患者 登録番号							
------------	--	--	--	--	--	--	--

責任薬剤師 登録番号							
担当薬剤師名 (FAX送信者)							

FAX：0120-007-121

品名を明記

女性患者C

サレド[®]カプセル 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	☐ 陰性 ☐ 陰性でない
②性交渉がなかったか、または規定された避妊方法を男性パートナーとともに行いましたか。 (性交渉なし、または避妊方法を行った場合は「はい」に記入してください)	☐ はい ☐ いいえ

記入日	20	年	月	日
-----	----	---	---	---

処方医師 登録番号							
処方 医師名							

患者 登録番号							
------------	--	--	--	--	--	--	--

責任薬剤師 登録番号							
担当薬剤師名 (FAX送信者)							

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： 印

担 当 者 氏 名： 印

譲 渡 人				
品 名	容 量	個 数	数 量	備 考

変更無し

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： 印

担 当 者 氏 名： 印

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：

施設名又は社名及び事業所名：

施設責任者氏名： 印

担当者氏名： 印

譲受人				
品名	容量	個数	数量	備考

変更無し

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： 印

担当者氏名： 印

譲受人				
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					

[illegible]

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						

[illegible]

注) 1 箇月に 1 回、藤本製菓株式会社 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TM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			
. .	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。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TM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			
. .	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。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（**サリドマイド 100**）出納表（特約店責任薬剤師）

社名及び事業所名												
特約店責任薬剤師名			特約店責任薬剤師登録番号									

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（医療機関名等）						
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							

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。

変更無し

サリドマイド製剤（**サリドマイド 100**）出納表（特約店責任薬剤師）

社名及び事業所名												
特約店責任薬剤師名			特約店責任薬剤師登録番号									

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（医療機関名等）						
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							

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。

サリドマイド製剤（**サリドマイド 50**）出納表（特約店責任薬剤師）

社名及び事業所名															
特約店責任薬剤師名			特約店責任薬剤師登録番号												

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（医療機関名等）											
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												

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。

変更無し

サリドマイド製剤（**サリドマイド 50**）出納表（特約店責任薬剤師）

社名及び事業所名														
特約店責任薬剤師名			特約店責任薬剤師登録番号											

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（医療機関名等）											
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												

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。

記入日 年 月 日

サリドマイド製剤（サレド[®]カプセル）不要薬受領書

施設名				
	責任薬剤師登録番号			
不要薬返却者	☐ 患者本人			
	☐ 薬剤管理者			
	患者登録番号			
不要薬受領日	年 月 日			
不要薬数量	サレド [®] カプセル 100 Cap			
	サレド [®] カプセル 50 Cap			
不要となった理由	☐ 本剤服用中止 ☐ 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			

変更無し

記入日 年 月 日

サリドマイド製剤（サレド[®]カプセル）不要薬受領書

施設名				
	責任薬剤師登録番号			
不要薬返却者	☐ 患者本人			
	☐ 薬剤管理者			
	患者登録番号			
不要薬受領日	年 月 日			
不要薬数量	サレド [®] カプセル 100 Cap			
	サレド [®] カプセル 50 Cap			
不要となった理由	☐ 本剤服用中止 ☐ 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 あて

記入日 年 月 日

藤本製薬控

サリドマイド製剤（サレド[®]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	☐ 責任薬剤師登録番号
	☐ 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	
紛失者	☐ 医療機関関係者 ☐ 特約店関係者
	☐ 患者又は患者関係者 患者登録番号
紛失日	年 月 日
紛失数	サレド[®]カプセル100Cap
	サレド[®]カプセル50Cap
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上記 FAX 番号に転送の上、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 あて

記入日 年 月 日

藤本製薬控

サリドマイド製剤（サレド[®]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	☐ 責任薬剤師登録番号
	☐ 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	
紛失者	☐ 医療機関関係者 ☐ 特約店関係者
	☐ 患者又は患者関係者 患者登録番号
紛失日	年 月 日
紛失数	サレド[®]カプセル100Cap
	サレド[®]カプセル50Cap
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上記 FAX 番号に転送の上、速やかに破棄してください。