

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	<input type="checkbox"/> 日本血液学会研修施設 <input type="checkbox"/> 日本血液学会研修施設以外 <small>個人輸入でサリドマイド製剤を取扱っていた医療機関で院内に調剤所を有する施設</small>			
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> 削除 【施設条件の変更に伴い】 </div>			
所在地	〒			
	TEL: () - FAX: () -			
処方医師	氏名	<input type="text"/>		
		<small>・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。</small>		
	所属			
	医籍登録番号			
	確認項目	<input type="checkbox"/> 教育補助ビデオを視聴した <input type="checkbox"/> 研修医ではない		
	【日本血液学会研修施設の医師】 <input type="checkbox"/> 日本血液学会認定血液専門医である ^(注1) <input type="checkbox"/> 院内の日本血液学会認定血液専門医に指導を受けている ^(注2) 指導医師名: _____			
	【日本血液学会研修施設以外の施設の医師】 <input type="checkbox"/> 日本血液学会認定血液専門医である ^(注3) <input type="checkbox"/> 院内の日本血液学会認定血液専門医に指導を受けている ^(注4) 指導医師名: _____ <input type="checkbox"/> サリドマイドによる多発性骨髄腫に関する臨床試験の経験を有する ^(注5) <input type="checkbox"/> 日本血液学会研修施設との連携を図ることが可能である ^(注5)			

注 1) 日本血液学会研修施設の証明書(写)及び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) サリドマイド製剤の薬監証明(写)及び日本血液学会認定血液専門医の証明書(写)が必要です。
 注 3) サリドマイド製剤の薬監証明(写)及び臨床論文などの(写)が必要です。
 注 4) サリドマイド製剤の薬監証明(写)及び日本血液学会研修施設との連携を証明する文書(契約書などの(写))が必要です。

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	<input type="checkbox"/> 日本血液学会研修施設 ^(注1) <input type="checkbox"/> 日本血液学会研修施設以外 ^(注2)			
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> 記載整備 【施設条件の変更に伴い】 </div>			
所在地	〒			
	TEL: () - FAX: () -			
処方医師	氏名	<input type="text"/>		
		<small>・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。</small>		
	所属			
	医籍登録番号			
	確認項目	<input type="checkbox"/> 教育補助ビデオを視聴した <input type="checkbox"/> 研修医ではない		
	【日本血液学会研修施設の医師】 <input type="checkbox"/> 日本血液学会認定血液専門医である ^(注3) <input type="checkbox"/> 院内の日本血液学会認定血液専門医に指導を受けている ^(注4) 指導医師名: _____			
	【日本血液学会研修施設以外の施設の医師】 <input type="checkbox"/> 日本血液学会認定血液専門医である ^(注3) <input type="checkbox"/> 院内の日本血液学会認定血液専門医に指導を受けている ^(注4) 指導医師名: _____ <input type="checkbox"/> サリドマイドによる多発性骨髄腫に関する臨床試験の経験を有する ^(注5) <input type="checkbox"/> 日本血液学会研修施設との連携を図ることが可能である ^(注5)			

注 1) 施設として最初の医師登録の場合は、日本血液学会研修施設の証明書(写)が必要です。
 注 2) 施設として最初の医師登録の場合は、個人輸入でサリドマイド製剤を取扱っていた医療機関では、サリドマイド製剤の薬監証明などの(写)が必要です。
 注 3) 日本血液学会認定血液専門医の証明書(写)が必要です。
 注 4) 臨床論文などの(写)が必要です。
 注 5) 連携を証明する文書又は文書(写)が必要です。

記載整備
【施設条件の変更に伴い】

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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	・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	<input type="checkbox"/> 教育補助ビデオを視聴した			
保管場所の設置状況	<input type="checkbox"/> 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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	・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	<input type="checkbox"/> 教育補助ビデオを視聴した			
保管場所の設置状況	<input type="checkbox"/> 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 (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		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>													
	<small>・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、漢字は大きくはつきりとご記入ください。</small>															
	住 所		〒 _____													
			TEL: () -													
患 者 群		<input type="checkbox"/> A: 男性患者 <hr/> <input type="checkbox"/> B: 女性患者B <small>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</small> <hr/> <input type="checkbox"/> C: 女性患者C <small>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</small>														
生 年 月 日		明・大・昭・平		年		月 日										
疾 患 名		<input type="checkbox"/> 多発性骨髄腫 <input type="checkbox"/> その他 ()														
確 認 項 目		<input type="checkbox"/> : 教育補助ビデオを視聴した <input type="checkbox"/> : 理解度確認票を全問正解した <input checked="" type="checkbox"/> 女性患者C <input type="checkbox"/> : 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(保検査:50 IU/Lの感度以上) <input type="checkbox"/> : 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。

藤本製薬株式会社
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		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>													
	<small>・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、漢字は大きくはつきりとご記入ください。</small>															
	住 所		〒 _____													
			TEL: () -													
患 者 群		<input type="checkbox"/> A: 男性患者 <hr/> <input type="checkbox"/> B: 女性患者B <small>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</small> <hr/> <input type="checkbox"/> C: 女性患者C <small>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</small>														
生 年 月 日		明・大・昭・平		年		月 日										
疾 患 名		<input type="checkbox"/> 多発性骨髄腫 <input type="checkbox"/> その他 ()														
確 認 項 目		<input type="checkbox"/> : 教育補助ビデオを視聴した <input type="checkbox"/> : 理解度確認票を全問正解した <input checked="" type="checkbox"/> 女性患者C <input type="checkbox"/> : 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(保検査:50 IU/Lの感度以上) <input type="checkbox"/> : 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。

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	<input type="text"/>						
・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	〒 <input type="text"/>						
	<input type="checkbox"/> 患者と同じ住所 TEL: (<input type="text"/>) - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
生年月日			続 柄				
明・大・昭・平	年	月		日			
確 認 項 目	<input type="checkbox"/> 教育補助ビデオを視聴した						

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	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない → <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>理由:</td> </tr> </table>	理由:
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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="text"/>						
・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	〒 <input type="text"/>						
	<input type="checkbox"/> 患者と同じ住所 TEL: (<input type="text"/>) - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
生年月日			続 柄				
明・大・昭・平	年	月		日			
確 認 項 目	<input type="checkbox"/> 教育補助ビデオを視聴した						

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	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない → <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>理由:</td> </tr> </table>	理由:
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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター あて

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）

登録申請書（特約店責任薬剤師）

		登録申請日	年	月	日
施設名					
	麻薬卸売業者 免許番号				
所在地	〒				
	TEL: () - FAX: () -				
特約店 責任薬剤師	削除 【特約店からの要望に伴う】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・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	<input type="checkbox"/> 教育補助ビデオを視聴した				
保管場所の 設置状況	<input type="checkbox"/> 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				

		登録申請日	年	月	日
社名	【特約店からの要望】				
	事業所名				
所在地	麻薬卸売業者 免許番号				
	〒				
		TEL: () - FAX: () -			
特約店 責任薬剤師	氏名	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・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	<input type="checkbox"/> 教育補助ビデオを視聴した			
保管場所の 設置状況	<input type="checkbox"/> 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

処方医師

登録通知書 (処方医師)

登録通知書 (処方医師)

	登録日	年	月	日	
施設名	<input type="checkbox"/> 日本血液学会研修施設 <input type="checkbox"/> 日本血液学会研修施設以外 <small>個人輸入でサリドマイド製剤を取扱っていた医療機関で院内に調剤所を有する施設</small>				
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> 削除 【施設条件の変更に伴い】 </div>				
所在地	〒				
	TEL : () - FAX : () -				
処方医師	氏名	<input type="text"/>			
	登録番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
	所属				
	医籍登録番号				
	確認項目	<input type="checkbox"/> 教育補助ビデオを視聴した <input type="checkbox"/> 研修医ではない			
	【日本血液学会研修施設の医師】 <input type="checkbox"/> 日本血液学会認定血液専門医である <input type="checkbox"/> 院内の日本血液学会認定血液専門医に指導を受けている 指導医師名： _____ 【日本血液学会研修施設以外の施設の医師】 <input type="checkbox"/> 日本血液学会認定血液専門医である <input type="checkbox"/> 院内の日本血液学会認定血液専門医に指導を受けている 指導医師名： _____ <input type="checkbox"/> サリドマイドによる多発性骨髄腫に関する臨床試験の経験を有する <input type="checkbox"/> 日本血液学会研修施設との連携を図ることが可能である				
産科婦人科 医師	施設名： _____ 医師名： _____				

	登録日	年	月	日	
施設名	<input type="checkbox"/> 日本血液学会研修施設 <input type="checkbox"/> 日本血液学会研修施設以外				
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> 記載整備 【施設条件の変更に伴い】 </div>				
所在地	〒				
	TEL : () - FAX : () -				
処方医師	氏名	<input type="text"/>			
	登録番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
	所属				
	医籍登録番号				
	確認項目	<input type="checkbox"/> 教育補助ビデオを視聴した <input type="checkbox"/> 研修医ではない			
	【日本血液学会研修施設の医師】 <input type="checkbox"/> 日本血液学会認定血液専門医である <input type="checkbox"/> 院内の日本血液学会認定血液専門医に指導を受けている 指導医師名： _____ 【日本血液学会研修施設以外の施設の医師】 <input type="checkbox"/> 日本血液学会認定血液専門医である <input type="checkbox"/> 院内の日本血液学会認定血液専門医に指導を受けている 指導医師名： _____ <input type="checkbox"/> サリドマイドによる多発性骨髄腫に関する臨床試験の経験を有する <input type="checkbox"/> 日本血液学会研修施設の日本血液学会認定血液専門医との連携を図ることが可能である				
産科婦人科 医師	施設名： _____ 医師名： _____				

責任薬剤師

責任薬剤師

登録通知書 (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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	登録番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	所属			
	薬剤師名簿登録番号			
	確認項目	<input type="checkbox"/> 教育補助ビデオを視聴した		
保管場所の設置状況	<input type="checkbox"/> 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			

	登録日	年	月	日
施設名				
所在地	〒			
	TEL : () -		FAX : () -	
責任薬剤師	氏名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	登録番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	所属			
	薬剤師名簿登録番号			
	確認項目	<input type="checkbox"/> 教育補助ビデオを視聴した		
保管場所の設置状況	<input type="checkbox"/> 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			

施設名:

登録番号:

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

処方医師名:

登録通知書 (患者) その1

		登録日	年	月	日	
患 者	氏名	□ □ □ □ □ □ □ □				
	登録番号	□ □ □ □ □ □ □ □				
	住所	〒				
		TEL: () -				
	患者群	<input type="checkbox"/> A: 男性患者 <hr/> <input type="checkbox"/> 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				
		<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 多発性骨髄腫 <input type="checkbox"/> その他 ()					
確認項目	<input type="checkbox"/> : 教育補助ビデオを視聴した <input type="checkbox"/> : 理解度確認票を全問正解した <input checked="" type="checkbox"/> 女性患者C <input type="checkbox"/> : 服用開始予定4週間前及び2週間前の妊娠検査が陰性であった、又は同意日の4週間前から性交渉をしていないことを確認した					

施設名:

登録番号:

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

処方医師名:

登録通知書 (患者) その1

		登録日	年	月	日	
患 者	氏名	□ □ □ □ □ □ □ □				
	登録番号	□ □ □ □ □ □ □ □				
	住所	〒				
		TEL: () -				
	患者群	<input type="checkbox"/> A: 男性患者 <hr/> <input type="checkbox"/> 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				
		<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 多発性骨髄腫 <input type="checkbox"/> その他 ()					
確認項目	<input type="checkbox"/> : 教育補助ビデオを視聴した <input type="checkbox"/> : 理解度確認票を全問正解した <input checked="" type="checkbox"/> 女性患者C <input type="checkbox"/> : 服用開始予定4週間前及び2週間前の妊娠検査が陰性であった、又は同意日の4週間前から性交渉をしていないことを確認した					

登録通知書（患者）その2

— 患者及び患者関係者 —

薬剤管理者

氏名	<input type="text"/>							
住所	〒 <input type="text"/>							<input type="checkbox"/> 患者と同じ住所
	TEL: (<input type="text"/>) - <input type="text"/> - <input type="text"/>							
生年月日						続柄		
明・大・昭・平 年 月 日								
確認項目	<input type="checkbox"/> 教育補助ビデオを視聴した							

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	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。

登録通知書（患者）その2

— 患者及び患者関係者 —

薬剤管理者

氏名	<input type="text"/>							
住所	〒 <input type="text"/>							<input type="checkbox"/> 患者と同じ住所
	TEL: (<input type="text"/>) - <input type="text"/> - <input type="text"/>							
生年月日						続柄		
明・大・昭・平 年 月 日								
確認項目	<input type="checkbox"/> 教育補助ビデオを視聴した							

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	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。

特約店責任薬剤師

特約店責任薬剤師

登録通知書（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
施設名					
	麻薬卸売業者 免許番号				
所在地	〒				
	TEL : () - FAX : () -				
特約店 責任薬剤師	削除 【特約店からの要望に伴う】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	登録号	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	所属				
	薬剤師名簿 登録番号				
確認項目	<input type="checkbox"/> 教育補助ビデオを視聴した				
保管場所の 設置状況	<input type="checkbox"/> 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				

		登録日	年	月	日
社名	【特約店からの要望】				
	事業所名				
所在地	麻薬卸売業者 免許番号				
	〒				
		TEL : () - FAX : () -			
特約店 責任薬剤師	氏名	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	登録番号	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	薬剤師名簿 登録番号				
	確認項目	<input type="checkbox"/> 教育補助ビデオを視聴した			
保管場所の 設置状況	<input type="checkbox"/> 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				

登録カード (患者用のみ)

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®)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®)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®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 (患者用のみ)

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®)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®)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®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》

登録情報変更申請書

申請日： 年 月 日

申請者氏名： _____

施設名： _____

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

【特約店からの要望】

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： _____

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

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

患者氏名： _____

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

【特約店からの要望】

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

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

患者氏名： _____

患者登録番号：

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

変更内容

【変更前】	【変更後】

男性患者

診察前調査票

様式 21.

登録番号									記入日	年	月	日
									生年月日	明・大・昭・平	年	月

◆以下の設問について、当該調査票の **前回提出から今回提出まで** の状況についてお答えください。

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。

1. サリドマイド製剤(サレド[®]カプセル)の管理状況についてお聞きします。

1-① カプセルシートから取出し別の容器で保管したことがありましたか。	<input type="checkbox"/> あった	<input type="checkbox"/> なかった
1-② 専用の場所に保管せずに放置したことがありましたか。	<input type="checkbox"/> あった	<input type="checkbox"/> なかった
1-③ 子供の手の届くような場所に保管したことがありましたか。	<input type="checkbox"/> あった	<input type="checkbox"/> なかった
1-④ 紛失しましたか。	<input type="checkbox"/> 紛失した	<input type="checkbox"/> 紛失しなかった
1-⑤ 他人に譲渡しましたか。	<input type="checkbox"/> 譲渡した	<input type="checkbox"/> 譲渡しなかった
1-⑥ 廃棄しましたか。	<input type="checkbox"/> 廃棄した	<input type="checkbox"/> 廃棄しなかった
一つでも『あった』あるいは『した』とお答えになった場合、その経緯や理由等を【6.自由記入欄】へご記入ください。		

2. 服用状況についてお聞きします。

2-① 飲み忘れがありましたか。	<input type="checkbox"/> 飲み忘れあり	<input type="checkbox"/> 飲み忘れなし
⇒『飲み忘れあり』とお答えになった場合、カプセルシートにお薬を残した状態で受診時にご持参ください。		
2-② カプセルシートへの服用状況の記入もれがありましたか。	<input type="checkbox"/> 記入もれあり	<input type="checkbox"/> 記入もれなし
⇒『記入もれあり』とお答えになった場合、記入もれを記載してから受診してください。		

※カプセルシートは空であっても受診ごとに必ず持参し、処方医師、薬剤師へご提示ください。

3. 性交渉についてお聞きします。

3-① コンドームを使用せずに性交渉を行いましたか。	<input type="checkbox"/> 行った	<input type="checkbox"/> 行っていない
3-② 妊婦と性交渉を行いましたか。	<input type="checkbox"/> 行った	<input type="checkbox"/> 行っていない
一つでも『行った』とお答えになった場合、そのことを処方医師へ連絡されましたか。		
⇒『いいえ』とお答えになった場合、直ちに処方医師へご連絡ください。		

4. パートナーについて以下に該当することがありましたか。

4-① パートナーはいませんが妊娠はしていません。または、パートナーはいません。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
『いいえ』とお答えになった場合、そのことを処方医師へ連絡されましたか。		
⇒『いいえ』とお答えになった場合、直ちに処方医師へご連絡ください。		

5. あなたの薬剤管理者についてお聞きします。

5-① 薬剤管理者の変更がありましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⇒『はい』とお答えになった場合、処方医師まで薬剤管理者が変更になったことを伝えてください。		

6. 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。

〔記入欄〕

この用紙は、医師又は薬剤師には見せずに、診察日の前日までに下記へ FAX してください。

前日までに FAX できなかった場合は、当日の診察までに FAX してください。

FAX: 0120-007-121 (藤本製薬株式会社 TERMS 管理センター)

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。

廃止

女性患者曰

診察前調査票

登録番号								記入日	年	月	日
								生年月日	明・大・昭・平	年	月

◆以下の設問について、当該調査票の 前回提出から今回提出まで の状況についてお答えください。

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。

1. サリドマイド製剤(サルドカプセル)の管理状況についてお聞きします。

1-①カプセルシートから取出し別の容器で保管したことがありますか。	<input type="checkbox"/> あった	<input type="checkbox"/> なかった
1-②専用の場所に保管せずに放置したことがありますか	<input type="checkbox"/> あった	<input type="checkbox"/> なかった
1-③子供の手の届くような場所に保管したことがありますか。	<input type="checkbox"/> あった	<input type="checkbox"/> なかった
1-④紛失しましたか。	<input type="checkbox"/> 紛失した	<input type="checkbox"/> 紛失しなかった
1-⑤他人に譲渡しましたか。	<input type="checkbox"/> 譲渡した	<input type="checkbox"/> 譲渡しなかった
1-⑥廃棄しましたか。	<input type="checkbox"/> 廃棄した	<input type="checkbox"/> 廃棄しなかった
一つでも『あった』あるいは『した』とお答えになった場合は、その経緯や理由等を【4.自由記入欄】へご記入ください。		

2. 服用状況についてお聞きします。

2-① 飲み忘れがありましたか。	<input type="checkbox"/> 飲み忘れあり	<input type="checkbox"/> 飲み忘れなし
⇒『飲み忘れあり』とお答えになった場合、カプセルシートにお薬を残した状態で受診時にご持参ください。		
2-② カプセルシートへの服用状況の記入もれがありましたか。	<input type="checkbox"/> 記入もれあり	<input type="checkbox"/> 記入もれなし
⇒『記入もれあり』とお答えになった場合、記入もれを記載してから受診してください。		

※カプセルシートは空であっても受診ごとに必ず持参し、処方医師、薬剤師へご提示ください。

3. あなたの薬剤管理者についてお聞きします。

3-① 薬剤管理者の変更がありましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⇒『はい』とお答えになった場合、処方医師まで薬剤管理者が変更になったことを伝えてください。		

4. 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。

〔記入欄〕

この用紙は、医師又は薬剤師には見せずに、診察日の前日までに下記へ FAX してください。

前日までに FAX できなかった場合は、当日の診察までに FAX してください。

FAX: 0120-007-121 (藤本製薬株式会社 TERMS 管理センター)

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。

廃止

女性患者C

診察前調査票

登録番号	<input type="text"/>	記入日	年	月	日
		生年月日	明・大・昭・平	年	月

◆以下の設問について、当該調査票の **前回提出から今回提出まで** の状況についてお答えください。

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。

1. サリドマイド製剤(サリド^{カプセル})の管理状況についてお聞きします。

1-① カプセルシートから取出し別の容器で保管したことがありますか。	<input type="checkbox"/> あった	<input type="checkbox"/> なかった
1-② 専用の場所に保管せずに放置したことがありますか。	<input type="checkbox"/> あった	<input type="checkbox"/> なかった
1-③ 子供の手の届くような場所に保管したことがありますか。	<input type="checkbox"/> あった	<input type="checkbox"/> なかった
1-④ 紛失しましたか。	<input type="checkbox"/> 紛失した	<input type="checkbox"/> 紛失しなかった
1-⑤ 他人に譲渡しましたか。	<input type="checkbox"/> 譲渡した	<input type="checkbox"/> 譲渡しなかった
1-⑥ 廃棄しましたか。	<input type="checkbox"/> 廃棄した	<input type="checkbox"/> 廃棄しなかった

一つでも『あった』あるいは『した』とお答えになった場合、その経緯や理由を【5自由記入欄】へご記入ください。

2. 服用状況についてお聞きします。

2-① 飲み忘れがありましたか。	<input type="checkbox"/> 飲み忘れあり	<input type="checkbox"/> 飲み忘れなし
⇒『飲み忘れあり』とお答えになった場合、カプセルシートにお薬を残した状態で受診時にご持参ください。		
2-② カプセルシートへの服用状況の記入もれがありましたか。	<input type="checkbox"/> 記入もれあり	<input type="checkbox"/> 記入もれなし
⇒『記入もれあり』とお答えになった場合、記入もれを記載してから受診してください。		

※カプセルシートは空であっても受診ごとに必ず持参し、処方医師、薬剤師へご提示ください。

3. 性交渉について以下に該当することがありましたか。

3-① 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
『いいえ』とお答えになった場合、そのことを処方医師へ連絡されましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⇒『いいえ』とお答えになった場合は、直ちに処方医師へご連絡ください。		

4. あなたの薬剤管理者についてお聞きします。

4-① 薬剤管理者の変更がありましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⇒『はい』とお答えになった場合、処方医師まで薬剤管理者が変更になったことを伝えてください。		

5. 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。

〔記入欄〕

この用紙は、医師又は薬剤師には見せずに、診察日の前日までに下記へ FAX してください。

前日までに FAX できなかった場合は、当日の診察までに FAX してください。

FAX: 0120-007-121 (藤本製薬株式会社 TERMS 管理センター)

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。

廃止

遵守状況等確認票(A)

藤本製薬控

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、間違った場合には を記入してください。

注意事項

確認事項

	医師	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
4	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

	医師	患者
5	<input type="checkbox"/> なかった 妊婦 あった <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> なかった あつた <input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/> 行っていない 妊婦 行った <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 行っていない 行った <input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/> 妊娠していない 妊婦 妊娠した <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 妊娠していない 妊娠した <input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/> 行っていない 精子精液 行った <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 行っていない 行った <input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/> 行っていない 共有検査 行った <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 行っていない 行った <input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/> 変更なし 関係者 変更あり <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 変更なし 変更あり <input type="checkbox"/>

【処方医師記入欄】
上記の事項等を確認しました

記入日 2 0 年 月 日

処方医師 署名

処方医師 登録番号

サレド[®]カプセル100

未服用薬数量	Cap	紛失数量*	Cap
必要数量	Cap/日 × 日	今回処方数量	Cap

サレド[®]カプセル50

未服用薬数量	Cap	紛失数量*	Cap
必要数量	Cap/日 × 日	今回処方数量	Cap

※ 紛失があった場合、薬剤部(科)にて紛失届を作成してください

【患者さん記入欄】
治療に関する同意説明の内容を理解し、同意いたします。上記の事項等を確認しました。

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。

遵守状況等確認票(A)

藤本製薬控

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、間違った場合には を記入してください。

注意事

確認事項 (5~9は初回処方時不要)

	医師	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
4	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

	医師	患者
5	<input type="checkbox"/> なかった 妊婦 あつた <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> なかった あつた <input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/> 行った 避妊 行っていない <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 行った 行っていない <input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/> 妊娠していない 妊婦 妊娠した <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 妊娠していない 妊娠した <input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/> 行っていない 精子精液 行った <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 行っていない 行った <input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/> 行っていない 共有検査 行った <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 行っていない 行った <input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/> 変更なし 薬剤管理者 変更あり <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 変更なし 変更あり <input type="checkbox"/>

【処方医師記入欄】 外来 入院
上記の事項等を確認しました

記入日 2 0 年 月 日

処方医師 署名

処方医師 登録番号

区分の明確化

【記入事項の利便化】

休薬・中止の場合はチェックを入れてください 休薬 中止

サレド[®]カプセル100

未服用薬数量	Cap	紛失数量*	Cap
必要数量	Cap/日 × 日	今回処方数量	Cap

サレド[®]カプセル50

未服用薬数量	Cap	紛失数量*	Cap
必要数量	Cap/日 × 日	今回処方数量	Cap

※ 紛失があった場合、薬剤部(科)にて紛失届を作成してください

【患者さん記入欄】
治療に関する同意説明の内容を理解し、同意いたします。上記の事項等を確認しました。

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。

注意事項

1	本剤の主成分であるサリドマイドは胎児の発育に影響するため、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	本剤治療中は性交渉を避けるか、性交渉をする場合にはコンドームを使用しなければならないこと、また、本剤による治療を中止しても、その後 8 週間は妊娠回避を続けなければならないことを知っていますか。
3	パートナーが、妊娠するかもしれない場合は直ちに処方医師に連絡することを知っていますか。
4	本剤治療中および中止後 8 週間は精子・精液の提供ができないことを知っていますか。

注意事項

1	本剤の主成分であるサリドマイドは胎児の発育に影響するため、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	本剤治療中は性交渉を避けるか、性交渉をする場合にはコンドームを使用しなければならないこと、また、本剤による治療を中止しても、その後 8 週間は妊娠回避を続けなければならないことを知っていますか。
3	パートナーが、妊娠するかもしれない場合は直ちに処方医師に連絡することを知っていますか。
4	本剤治療中および中止後 8 週間は精子・精液の提供ができない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)

5	(初回処方時不要) (2 回目処方時の確認期間: 本剤服用開始時～今回診察日) 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。
6	(初回処方時不要) (2 回目処方時の確認期間: 本剤服用開始時～今回診察日) コンドームを使用せずに性交渉を行いましたか。
7	(初回処方時不要) パートナーが、確認期間中に妊娠しましたか。
8	(初回処方時不要) (2 回目処方時の確認期間: 本剤服用開始時～今回診察日) 確認期間中に精子・精液を提供しましたか。
9	(初回処方時不要) 確認期間中に本剤を他人と共有した、譲った、または廃棄しましたか。 (不要になった本剤は捨てずに薬剤師に届けてください。)
10	薬剤管理者を変更しましたか。 (変更になる予定がある場合には、処方医師に申し出てその指示に従ってください。)

確認事項 (確認期間: 前回診察日～今回診察日)

5	(初回処方時不要) (2 回目処方時の確認期間: 本剤服用開始時～今回診察日) 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。
6	(初回処方時不要) (2 回目処方時の確認期間: 本剤服用開始時～今回診察日) 避妊を行いましたか。 (性交渉がなかった場合は、避妊を「行った」にチェックしてください。)
7	(初回処方時不要) パートナーが、確認期間中に妊娠しましたか。
8	(初回処方時不要) (2 回目処方時の確認期間: 本剤服用開始時～今回診察日) 確認期間中に精子・精液を提供しましたか。
9	(初回処方時不要) 確認期間中に本剤を他人と共有した、譲った、または廃棄しましたか。 (不要になった本剤は捨てずに薬剤師に届けてください。)
10	薬剤管理者を変更しましたか。 (変更になる予定がある場合には、処方医師に申し出てその指示に従ってください。)

質問の変更
【分かりやすくするため】

遵守状況等確認票(A)

藤本製薬控

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。

注意事項

確認事項

	医師	患者		医師	患者
1	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	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
2	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	4 共有 薬庫	<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
			5 関係者	<input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 変更あり	<input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 変更あり

「授乳」に関する項目の削除
【医療現場からの指摘
(第6回 TERMS 委員会)】

遵守状況等確認票(A)

藤本製薬控

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。

注意事項

確認事項 (2は初回処方時不要)

	医師	患者		医師	患者
1	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	2 共有 薬庫	<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 薬剤 管理者	<input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 変更あり	<input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 変更あり

見出しの変更
【分かりやすくするため】

【処方医師記入欄】
上記の事項等を確認しました

記入日 2 0 年 月 日

処方医師
署名

処方医師
登録番号

サルド^{カプセル}100

未服用薬数量	Cap	紛失数量*	Cap
必要数量	Cap/日 × 日	今回処方数量	Cap

サルド^{カプセル}50

未服用薬数量	Cap	紛失数量*	Cap
必要数量	Cap/日 × 日	今回処方数量	Cap

※ 紛失があった場合、薬剤部(科)にて紛失届を作成してください

【患者さん記入欄】
治療に関する同意説明の内容を理解し、同意いたします。上記の事項等を確認しました。

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。

【処方医師記入欄】 外来 入院
上記の事項等を確認しました

記入日 2 0 年 月 日

処方医師
署名

処方医師
登録番号

サルド^{カプセル}100

未服用薬数量	Cap	紛失数量*	Cap
必要数量	Cap/日 × 日	今回処方数量	Cap

サルド^{カプセル}50

未服用薬数量	Cap	紛失数量*	Cap
必要数量	Cap/日 × 日	今回処方数量	Cap

※ 紛失があった場合、薬剤部(科)にて紛失届を作成してください

【患者さん記入欄】
治療に関する同意説明の内容を理解し、同意いたします。上記の事項等を確認しました。

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。

注意事項

1	本剤の主成分であるサリドマイドは胎児の発育に影響することを知っていますか。
2	本剤治療中および中止後 8 週間は授乳ができないことを知っていますか。

「授乳」に関する項目の削除
【医療現場からの指摘
(第 6 回 TERMS 委員会)】

確認事項 (確認期間: 前回診察日～今回診察日)

3	(初回処方時不要) (2 回目処方時の確認期間: 本剤服用開始時～今回診察日) 確認期間中に授乳をしましたか。
4	(初回処方時不要) 確認期間中に本剤を他人と共有した、譲った、または廃棄しましたか。 (不要になった本剤は捨てずに薬剤師に届けてください。)
5	薬剤管理者を変更しましたか。 (変更になる予定がある場合には、処方医師に申し出てその指示に従ってください。)

注意事項

1	本剤の主成分であるサリドマイドは胎児の発育に影響す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)

番号のずれ
【記載整備】

2	(初回処方時不要) 確認期間中に本剤を他人と共有した、譲った、または廃棄しましたか。 (不要になった本剤は捨てずに薬剤師に届けてください。)
3	薬剤管理者を変更しましたか。 (変更になる予定がある場合には、処方医師に申し出てその指示に従ってください。)

遵守状況等確認票(A)

藤本製薬控

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、間違った場合には を記入してください。

注意事項

確認事項

	医師	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
4	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

	医師	患者
6 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
7 妊娠 検査	<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
8 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
9 共有 薬液 容器	<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
10 関係者	<input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 変更あり	<input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 変更あり

遵守状況等確認票(A)

藤本製薬控

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、間違った場合には を記入してください。

注意事項

確認事項 (8,9は初回処方時不要)

	医師	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
4	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

	医師	患者
6 避妊	<input type="checkbox"/> 行った <input type="checkbox"/> 行っていない	<input type="checkbox"/> 行った <input type="checkbox"/> 行っていない
7 妊娠 検査	<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
8 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
9 共有 薬液 容器	<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
10 薬剤 管理者	<input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 変更あり	<input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 変更あり

見出しと質問の変更
【分かりやすくするため】

初回不要項目の明確化
【間違いが多いため】

見出しの変更
【分かりやすくするため】

見出しの変更
【分かりやすくするため】

【処方医師記入欄】
上記の事項等を確認しました

記入日 2 0 年 月 日

処方医師 署名

処方医師 登録番号

サレド[®]カプセル100

未服用薬数量	Cap	紛失数量*	Cap
必要数量	Cap/日 × 日	今回処方数量	Cap

サレド[®]カプセル50

未服用薬数量	Cap	紛失数量*	Cap
必要数量	Cap/日 × 日	今回処方数量	Cap

※ 紛失があった場合、薬剤部(科)にて紛失届を作成してください

【患者さん記入欄】
治療に関する同意説明の内容を理解し、同意いたします。上記の事項等を確認しました。

患者署名

患者 登録番号

【処方医師記入欄】 外来 入院
上記の事項等を確認しました

記入日 2 0 年 月 日

処方医師 署名

処方医師 登録番号

サレド[®]カプセル100

未服用薬数量	Cap	紛失数量*	Cap
必要数量	Cap/日 × 日	今回処方数量	Cap

サレド[®]カプセル50

未服用薬数量	Cap	紛失数量*	Cap
必要数量	Cap/日 × 日	今回処方数量	Cap

※ 紛失があった場合、薬剤部(科)にて紛失届を作成してください

【患者さん記入欄】
治療に関する同意説明の内容を理解し、同意いたします。上記の事項等を確認しました。

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。

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。

注意事項

1	本剤の主成分であるサリドマイドは胎児の発育に影響するため、定められた期間中に妊娠回避が必要なことを知っていますか。
2	本剤治療中は異性との性交渉を避けるか、性交渉をする場合には安全管理手順に規定された1種類ずつの避妊方法を男女がそれぞれ同時に実施しなければならないこと、また、本剤による治療を中止しても、その後8週間は妊娠回避を続けなければならないことを知っていますか。
3	治療期間中は4週間を超えない間隔で、治療中止後は4週間後と8週間後に妊娠検査を受けなければならないことを知っていますか。
4	妊娠するかもしれない場合は直ちに本剤の服用は中止し、処方医師に連絡することを知っていますか。
5	本剤治療中および中止後8週間は授乳ができないことを知っていますか。

注意事項

1	本剤の主成分であるサリドマイドは胎児の発育に影響するため、定められた期間中に妊娠回避が必要なことを知っていますか。
2	本剤治療中は異性との性交渉を避けるか、性交渉をする場合には安全管理手順に規定された1種類ずつの避妊方法を男女がそれぞれ同時に実施しなければならないこと、また、本剤による治療を中止しても、その後8週間は妊娠回避を続けなければならないことを知っていますか。
3	治療期間中は4週間を超えない間隔で、治療中止後は4週間後と8週間後に妊娠検査を受けなければならないことを知っていますか。
4	妊娠するかもしれない場合は直ちに本剤の服用は中止し、処方医師に連絡することを知っていますか。
5	本剤治療中および中止後8週間は授乳ができない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)

6	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。
7	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)
8	(初回処方時不要) (2回目処方時の確認期間: 本剤服用開始時～今回診察日) 確認期間中に授乳をしましたか。
9	(初回処方時不要) 確認期間中に本剤を他人と共有した、譲った、または廃棄しましたか。 (不要になった本剤は捨てずに薬剤師に届けてください。)
10	薬剤管理者を変更しましたか。 (変更になる予定がある場合には、処方医師に申し出てその指示に従ってください。)

確認事項 (確認期間: 前回診察日～今回診察日)

6	避妊を行いましたか。 (性交渉がなかった場合は、避妊を「行った」にチェックしてください。)
7	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: 25 IU/L の感度以上)
8	(初回処方時不要) (2回目処方時の確認期間: 本剤服用開始時～今回診察日) 確認期間中に授乳をしましたか。
9	(初回処方時不要) 確認期間中に本剤を他人と共有した、譲った、または廃棄しましたか。 (不要になった本剤は捨てずに薬剤師に届けてください。)
10	薬剤管理者を変更しましたか。 (変更になる予定がある場合には、処方医師に申し出てその指示に従ってください。)

質問の変更
【分かりやすくするため】

高感度のものに統一
【第11回 TERMS 委員会】

FAX: 0120-007-121
遵守状況等確認票(B)

男性患者
 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

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	紛失数量	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

注意事項

	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

チェックは該当する に のように
 ベンにて記入し、間違った場合には を
 記入してください。

確認事項

	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

FAX: 0120-007-121
遵守状況等確認票(B)

男性患者
 女性患者 B

【遵守状況等確認票(A)の
 変更に伴う記載整備】

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

外来・入院

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	紛失数量	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

注意事項

	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

チェックは該当する に のように
 ベンにて記入し、間違った場合には を
 記入してください。

確認事項 (4, 5 は初回調剤時不要)

	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"/> 初回不要項目の明確化 【間違いが多いため】
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

【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

サレド^{カプセル}100

新規必要数量

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

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

【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

サレド^{カプセル}100

新規必要数量

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

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

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 (サレド [®] 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。

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 (サレド [®] 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。

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

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	紛失数量	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

注意事項

	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

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

	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

FAX: 0120-007-121

女性患者 C

【遵守状況等確認票(A)の
変更に伴う記載整備】 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

外来・入院

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	紛失数量	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

注意事項

	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

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 (5, 6 は初回調剤時不要)

	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"/> 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

初回不要項目の明確化
【間違いが多いため】

【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

サレド[®]カプセル 100

新規必要数量

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

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

【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

サレド[®]カプセル 100

新規必要数量

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

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

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 TM 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。

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: 25IU/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 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 20px;"> 高感度のものに統一 【第11回 TERMS 委員会】 </div>
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 TM 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。

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	<table border="1"> <tr> <td>可</td> <td>否</td> </tr> </table>	可	否
可	否		

削除 (問題点がある場合は
C票を発行しないため)
【医療現場からの指摘】

〔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
<p>削除 (C票は藤本製薬が、確認済みの FAX 番号へ送信するため) 【記載整備】</p>

この書類が親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	<table border="1"> <tr> <td>可</td> <td>否</td> </tr> </table>	可	否
可	否		

上記調剤の情報を登録しました。

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター あて

藤本製薬控

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)

遵守状況等確認票(中止後確認)

男性患者

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、間違った場合には を記入してください。

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。

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 妊婦 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 妊婦	<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

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 妊婦 避妊	<input type="checkbox"/> 行った <input type="checkbox"/> 行っていない	<input type="checkbox"/> 行った <input type="checkbox"/> 行っていない
3 妊婦	<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

見出しと質問の変更
【分かりやすくするため】

【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 _____

【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。

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

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	避妊を行いましたか。 (性交渉がなかった場合は、避妊を「行った」にチェックしてください。)
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。

質問の変更
【分かりやすくするため】

服用中止8週間後の確認期間：服用中止日～今回診察日

様式の廃止
 【「授乳」に関する変更に伴い】

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

【処方医師記入欄】		記入日		2	0	年		月		日
上記の事項を確認しました										
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。

様式 31.

確認事項等

様式の廃止
【「授乳」に関する変更に伴い】

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

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、間違った場合には を記入してください。

確認事項

	医師	患者
1 妊娠 経過	<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 検査	<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。

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、間違った場合には を記入してください。

確認事項

	医師	患者
1 妊娠 経過	<input type="checkbox"/> 行った <input type="checkbox"/> 行っていない	<input type="checkbox"/> 行った <input type="checkbox"/> 行っていない
2 妊娠 検査	<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

見出しの変更
【分かりやすくするため】

見出しと質問の変更
【分かりやすくするため】

【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。

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

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	避妊を行いましたか。 (性交渉がなかった場合は、避妊を「行った」にチェックしてください。)
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:25 IU/Lの感度以上)
3	確認期間中に授乳をしましたか。

質問の変更
【分かりやすくするため】

高感度のものに統一
【第11回 TERMS 委員会】

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

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： ㊟				
譲受人				
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：				
<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-right: 10px;">【特約店からの要望】</div> <div style="padding-left: 10px;">施設責任者氏名： ㊟</div> </div>				
担当者氏名： ㊟				
譲受人				
品名	容量	個数	数量	備考

サリドマイド製剤（サルド[®]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	受人数量	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（サルド[®]カプセル100）出納表（特約店責任薬剤師）

社名及び事業所名	【特約店からの要望】									
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	受人数量	払出数量	在庫数量	払出先（医療機関名）
年 月 日	箱	箱	箱	【特約店からの要望】
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	【記載整備】
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。

【特約店からの指摘】 【特約店からの要望】

サリドマイド製剤（サレド[®]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		

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（サレド[®]カプセル50）出納表（特約店責任薬剤師）

社名及び事業所名	【特約店からの要望】											
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: 280Cap)							
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	【特約店からの要望】								
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	【記載整備】								

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。

【特約店からの指摘】 【特約店からの要望】

記入日 年 月 日

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

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	<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	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	<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	

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	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	<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	

