

RevMate®様式 一覧

- 様式 1 RevMate®説明会申込書 (医師)
- 様式 2 RevMate®説明会案内書 (医師)
- 様式 3 RevMate®に関する同意書
- 様式 4 RevMate®説明会出席者リスト
- 様式 5 RevMate® ID 登録通知書 (処方医師)
- 様式 6 RevMate®説明会申込書 (薬剤師)
- 様式 7 RevMate®説明会案内書 (薬剤師)
- 様式 8 RevMate® ID 登録通知書 (責任薬剤師)
- 様式 9 レブメイト®患者登録申請書
- 様式 10 患者登録情報連絡書
- 様式 11 レブメイト®カード
- 様式 12 RevMate®登録情報変更申請書
- 様式 13 RevMate® 登録変更通知書 (処方医師)
- 様式 14 RevMate® 登録変更通知書 (責任薬剤師)
- 様式 15 RevMate®責任薬剤師変更申請書
- 様式 16 患者登録情報変更申請書
- 様式 17 レブメイト®への登録及び遵守事項に関する同意説明文書 (A: 男性)
- 様式 18 レブメイト®への登録及び遵守事項に関する同意説明文書 (B: 女性)
- 様式 19 レブメイト®への登録及び遵守事項に関する同意説明文書 (C: 女性)
- 様式 20 レブラミド®処方要件確認書 (A: 男性)
- 様式 21 レブラミド®処方要件確認書 (B: 女性)
- 様式 22 レブラミド®処方要件確認書 (初回処方用) (C: 女性)
- 様式 23 レブラミド®処方要件確認書 (継続処方用) (C: 女性)
- 様式 24 ハンデイト®端末不具合時 調剤申請書
- 様式 25 ハンデイト®端末不具合時 調剤可否連絡書
- 様式 26 返却薬剤受領書
- 様式 27 レブメイト®遵守状況確認票

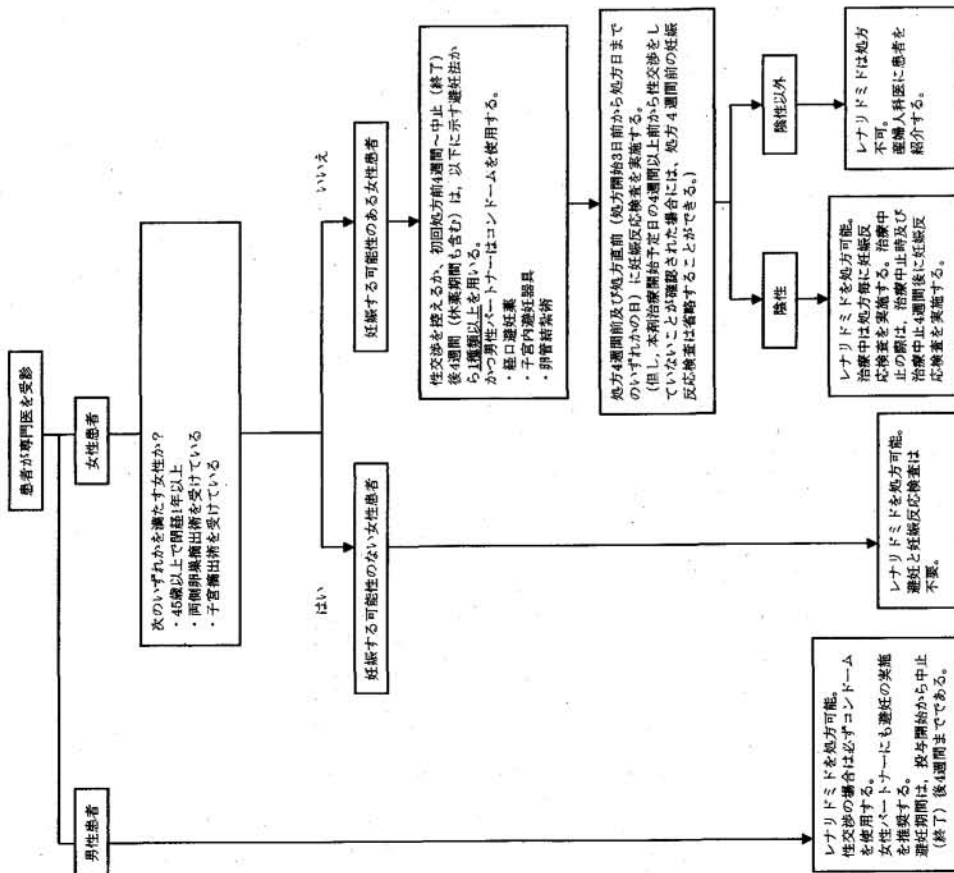


図 3. 妊娠防止の手順

RevMate® 説明会申込書 (医師)

RevMate® センター

申請代表医師 (日本血液学会認定血液専門医師)	申請日	年 月 日
(フリガナ) 氏名	日本血液学会認定血液専門医師認定番号:	
(フリガナ) 施設名	貴施設名にてレブラミド処方が可能であることを Web サイト上に掲載することについて: <input type="checkbox"/> 掲載を許諾する <input type="checkbox"/> 掲載は不可である	
所在地: 〒		
連絡先 TEL:	(注: 説明会案内書の FAX 送信先となります。)	
運輸産婦人科医師情報	FAX:	
<input type="checkbox"/> 施設内産婦人科		
<input type="checkbox"/> 他施設産婦人科 ⇒ 氏名: (フリガナ) 施設名:		
説明会に出席する医師氏名等をご記入下さい。(処方医師として登録するためには、説明会への出席が必須です。)		
氏名(漢字)	カタカナ	日本血液学会認定血液専門医師番号又は指導医師名

..... 弊社記入欄

説明会日時: 年 月 日 () XX:XX ~ XX:XX

説明会場: _____

担当MR: _____ (子/外)

RevMate® 説明会案内書 (医師)

下記の通り、説明会のご案内をいたします。

対象薬剤	レブラミドカプセル 5mg
説明会日時	年 月 日 () XX:XX ~ XX:XX
説明会場	

説明会出席予定者:

申請代表医師 (日本血液学会認定血液専門医師)
氏名:
施設名:
所在地: 〒
連絡先 TEL:
FAX:

医師氏名	医師氏名	医師氏名

- ・ 処方医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: _____

RevMate®に関する同意書

私は、レブラミド®を使用するにあたりRevMate®(レブラミド®適正管理手順)の内容に同意します。

		同意日	年	月	日
登録区分 (いづれかに○を付けて下さい)	1. 処方医師	2. 責任薬剤師			
(フリガナ) 氏名					
(フリガナ) 施設名	所属 ()				
連絡先 (注:ID 登録通知書の FAX 送信先となります。)	TEL:				
	FAX:				

担当MRIはRevMate®センター宛に説明会出席者リストと同意書を、説明会当日にFAXし、各原本は郵送すること。
 FAX総数: 枚 (説明会出席者リスト 枚、同意書 枚) 担当MR: _____

説明会日: 年 月 日
 施設名: _____
 説明会担当者: _____

RevMate®説明会出席者リスト

	氏名 (フリガナを必ずご記入ください)	職種* (番号を選択)	理解度の確認	同意書受領** (有りの場合は○)
1	(フリガナ)		実施・未実施	
2	(フリガナ)		実施・未実施	
3	(フリガナ)		実施・未実施	
4	(フリガナ)		実施・未実施	
5	(フリガナ)		実施・未実施	
6	(フリガナ)		実施・未実施	
7	(フリガナ)		実施・未実施	
8	(フリガナ)		実施・未実施	
9	(フリガナ)		実施・未実施	
10	(フリガナ)		実施・未実施	

*職種 **同意書は、処方医師及び責任薬剤師のみから受領して下さい。
 (1. 処方医師 2. 責任薬剤師 3. 薬剤師 4. 看護師 5. ソーシャルワーカー 6. CRC 7. その他)

担当MRIはRevMate®センター宛に説明会出席者リストと同意書を、説明会当日にFAXし、各原本は郵送すること。
 FAX総数: 枚 (説明会出席者リスト 枚、同意書 枚) 担当MR: _____

病院
先生

年 月 日

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。

薬利	レブラミドカブセル 5mg		
登録日	年 月 日	処方医師 ID	
氏名			
施設名			
所在地	〒		
連絡先	TEL:	FAX:	
運搬産婦人科医情報			
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MRI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: TEL:)にお問
い合わせ下さい。

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)

申請代表薬剤師		申請日	年 月 日
(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 TEL:	(説明会案内書の FAX 送信先となります) 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() XX:XX ~ XX:XX
説明会場: _____
担当MR: _____ (フリガナ)

病院
先生

年 月 日

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	レブラミドカプセル 5mg		
説明会日時	年 月 日 ()	xx:xx ~	xx:xx
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: _____

病院
先生

年 月 日

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	レブラミドカプセル 5mg		
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MRI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: _____ TEL: _____)にお問い合わせ下さい。