

レブメイト 患者登録申請書 (新規・再発行)

●医師が記入してください。
いずれか1つを記入してください。

申請日: 年 月 日 Mate

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(妊娠する可能性のある女性患者)	区分2 <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/> その他()	

薬剤管理代行者が不要な場合、✓を入れてください 不要

●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	フリガナ 氏名 (続柄) 連絡先 TEL - -
署名	私は、主治医より別紙「レブメイト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。 年 月 日 (<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 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	- -

*ハンディ端末の番号をご入力ください。

●「レブメイト」は、
「レブメイト」の登録情報
を管理するシステムです。



●「レブメイト」は、
「レブメイト」の登録情報
を管理するシステムです。

レブメイトセンター TEL 0120-071-025

REV0306

レブメイトセンター FAX 0120-021-507

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	レブメイト錠15mg
---	------------

患者情報を登録しました。 **▶** ハンディ端末で通信を実施した後、処方資格性を
確認してください。

申請書の記載に不備があります。修正・加筆の上、再度申請書をFAXしてください。
理由: 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。

RevMate®センター: FAX0120-021-507 (TEL.0120-071-025)

様式-10

RevMate® 登録情報変更申請書

現在の登録内容(必ず、全項目をご記入下さい。数字には、○を付けて下さい。)

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下さい。

該当変更箇所にてチェックを付け、変更箇所のみご記入下さい


1-1	登録者氏名	フリガナ:
1-2	連絡先	TEL: FAX:
1-3	施設名	
1-4	診療科名	
1-5	施設所在地	〒
1-6	連携産婦人科施設	
1-7	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。

11 枚綴

このカードは、RevMate®に登録されている方に交付して
います。紛失の際は必ず発行し、廃棄(廃棄)に際して
してください。
●このカードを紛失した場合、ただちに無効(凍結)に
お申し出ください。
●このカードが盗用された場合は、下記までご連絡ください。
RevMate®センター ☎0120-071-025(9:00~18:00)

1230000 0099111



1230000 0099111

Mate

病院
先生

年 月 日

年 月 日

RevMate®センター

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、ご確認下さい。)

薬剤	レブラミドカブセル 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: TEL:)に、
お問い合わせ下さい。

病院
先生

RevMate® 登録変更通知書 (責任薬剤師)

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、ご確認下さい。)

薬剤	レブラミドカブセル 5mg		
登録内容 変更日	年 月 日	責任薬剤師 ID	
氏名			
施設名			
所在地	〒		
連絡先	TEL:	FAX:	

※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。

患者登録情報変更申請書

- 患者登録情報(薬剤管理代行者情報も含む)に変更があった場合、ご記入の上、薬局に提出してください。
- 薬局では、RevMate®センターにFAX送信してください。

医師記入欄:		申請日	年	月	日
処方医師情報					
医師名	フリガナ:				
施設名	フリガナ:	医師連絡先	TEL:		
患者情報					
患者名	フリガナ:				
患者ID ^(※2)					
薬剤管理代行者が不要な患者の場合はチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 不要					

患者もしくは薬剤管理代行者記入欄:

薬剤管理代行者情報	
フリガナ:	フリガナ:
薬剤管理代行者名	薬剤管理代行者連絡先
薬剤管理代行者名	続柄()
薬剤管理代行者名 ^(※3)	TEL:
私は、主治医より別紙「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」の説明を受け、記載事項に同意します。	
	年 月 日

薬剤師記入欄:

薬局情報	
担当薬剤師名	担当薬剤師連絡先
(カタカナで記入)	TEL:

注1) 薬剤管理代行者は原則すべての患者に設置しますが、薬剤管理代行者が設置できない場合で、処方医師が薬剤管理代行者の設置が不要と判断した場合は、「不要」にチェックしてください。

注2) 患者レブメイト®カードの10桁の番号をご記入ください。

注3) 自ら薬剤の管理ができない患者の薬剤管理代行者が変更する場合には、「不要」にチェックしてください。

年 月 日

RevMate®センター御中 (FAX:0120-XXX-XXX TEL:0120-XXX-XXX)

RevMate® 責任薬剤師変更申請書

以下の通り責任薬剤師の変更を申請します。

現在の登録内容
(全項目ご記入下さい)

フリガナ:	
TEL:	FAX:



新責任薬剤師登録内容

(※の付いた項目は記入必須項目です。その他の項目は変更のある場合のみご記入下さい。)

年 月 日	
(漢字)	(フリガナ)
〒	
TEL:	FAX:
(いずれかを○で囲んで下さい。)	
RevMate®説明会を:	
1. 受講済です (同意書にご署名のうえ、担当MRにお返し下さい)	
2. 未受講です (RevMate®説明会の受講が必要です。担当MRIにご連絡下さい)	

注) 責任薬剤師の登録には、RevMate®説明会の受講が必要です。既に受講済の場合は、RevMate®に関する同意書の提出にて登録が可能となりますので、担当MRIにご連絡下さい。

下記文書を十分にご確認ください。すべての項目について同意された場合は、別紙「レブメイト®患者登録申請書」にご署名ください。

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

レナリドミド製剤(レブラミド®カプセル:以下、本剤)の適正管理手順(レブメイト®)への登録に関して、以下の内容に同意します(同意項目に☑を記入)。

- 私は、主治医からレブメイト®について説明を受け、その目的・手順を了解しました。
- 私は、本剤が精液とともに女性に移行し妊娠した場合、あるいは妊娠している女性に移行した場合には、胎児に障害が現れる可能性があることを理解しました。
- 私は、本剤による治療中(休業期間を含む)ならびに治療終了4週間後まで、
 - ①性交渉を控えるか、
 - ②性交渉を行う場合は必ずコンドームを着用する必要があることを了解しました。これは、私が精管切除術(パイプカット)を受けている場合にも該当します。また、レブメイト®では、パートナーにも避妊の実施が推奨されていることを理解しました。
- 私は、パートナーが妊娠している場合は、本剤による治療中(休業期間を含む)ならびに治療終了4週間後まで、性交渉を完全に控えます。
- 私は、パートナーに妊娠の疑いが生じた場合は、直ちに主治医に報告します。
- 私は、本剤による治療中(休業期間を含む)ならびに治療終了4週間後まで精子・精液の提供を行いません。
- 私は、献血をしてはならないことを了解しました。
- 本剤は、私のみが服用し、第三者に譲渡しません。また、私は、本剤を子供の手の届かない場所に保管します。
- 私は、本剤による治療中、飲み残した本剤および服用後の空の薬剤シートを毎回通院時に持参します。
- 私は、使用する予定がない本剤を薬剤部(薬局)に返却すること、またはその際には返金がないことを了解しました。
- 私は、避妊法の不徹底、また本剤を不適切に扱ったことにより事故が生じた場合には、自身にも責任があることを了解しました。
- 私は、レブメイト®から逸脱した場合、その内容によっては本剤の服用の休止、または本剤での治療が中止されることを了解しました。
- 私は、定期的実施される「遵守状況確認票」を提出します。提出しなかった場合には、本剤による治療が中止される可能性があることを了解しました。
- 私の氏名、疾患名、患者区分、生年月日及び薬剤管理代行者の氏名、連絡先、私との連絡柄がレブメイト®に使用されること、また承認条件である全例調査期間中は、私の情報が製造販売後調査において使用されることを承諾します。

下記文書を十分にご確認ください。すべての項目について同意された場合は、別紙「レブメイト®患者登録申請書」にご署名ください。

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

レナリドミド製剤(レブラミド®カプセル:以下、本剤)の適正管理手順(レブメイト®)への登録に関して、以下の内容に同意します(同意項目に☑を記入)。

- 私は、主治医からレブメイト®について説明を受け、その目的・手順を了解しました。
- 私は、次のいずれか該当します。
 - ①45歳以上で自然閉経から1年以上経過している。
 - ②両側卵巣摘出術もしくは子宮摘出術を受けている。
- 私は、献血をしてはならないことを了解しました。
- 本剤は、私のみが服用し、第三者に譲渡しません。また、私は、本剤を子供の手の届かない場所に保管します。
- 私は、本剤による治療中、飲み残した本剤および空の薬剤シートを毎回通院時に持参します。
- 私は、使用する予定がない本剤を薬剤部(薬局)に返却すること、またはその際には返金がないことを了解しました。
- 私は、本剤を不適切に扱ったことにより事故が生じた場合には、自身にも責任があることを了解しました。
- 私は、レブメイト®から逸脱した場合、その内容によっては本剤の服用の休止、または本剤での治療が中止されることを了解しました。
- 私は、定期的実施される「遵守状況確認票」を提出します。提出しなかった場合には、本剤による治療が中止される可能性があることを了解しました。
- 私の氏名、疾患名、患者区分、生年月日及び薬剤管理代行者の氏名、連絡先、私との連絡柄がレブメイト®に使用されること、また承認条件である全例調査期間中は、私の情報が製造販売後調査において使用されることを承諾します。

下記文書を十分にご確認ください。すべての項目について同意された場合は、別紙「レブメイト®患者登録申請書」にご署名ください。

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

レナリドミド製剤(レブラミド®)カプセル(以下、本剤)の適正管理手順(レブメイト®)への登録に関して、以下の内容に同意します(同意項目に☑を記入)。

- 私は、主治医からレブメイト®について説明を受け、その目的・手順を了解しました。
- 私は、本剤の胎児に対する危険性の説明を受け、了解しました。
- 私は、有効な避妊法の必要性(性交渉を控えるか、または適切な避妊法の実施)について詳細な説明を受け、了解しました。
- 私は、本剤による治療開始4週間前から治療終了4週間後まで、
 - ①性交渉を控えるか、
 - ②パートナーとともに定められた避妊法を実施する必要があることを了解しました。これは、私が無月経でも該当します。
- 私は、妊娠反応検査を本剤による治療開始4週間前(必要な場合)、治療開始時(開始3日前から直前)、処方ごと、治療終了時、治療終了4週間後に行う必要があること、同時に避妊状況の確認が行われることを了解しました。
- 私は、治療中に妊娠の疑いが生じた場合は、直ちに本剤の服用を中止し、主治医に報告します。
- 私は、本剤による治療中(休薬期間を含む)ならびに治療終了4週間後まで授乳を行いません。
- 私は、献血をしてはならないことを了解しました。
- 本剤は、私のみが服用し、第三者に譲渡しません。また、私は、本剤を子供の手の届かない場所に保管します。
- 私は、本剤による治療中、飲み残した本剤および服用後の空の薬剤シートを毎回通院時に持ち帰ります。
- 私は、使用する予定がない本剤を薬剤部(薬局)に返却すること、またその際には返金がないことを了解しました。
- 私は、避妊法の不徹底、また本剤を不適切に扱ったことにより事故が生じた場合には、自身にも責任があることを了解しました。
- 私は、レブメイト®から逸脱した場合、その内容によっては本剤の服用の休止、または本剤での治療が中止されることを了解しました。
- 私は、定期的に実施される「遵守状況確認票」を提出します。提出しなかった場合には、本剤による治療が中止される可能性があることを了解しました。
- 私の氏名、疾患名、患者区分、生年月日及び薬剤管理代行者の氏名、連絡先、私との続柄がレブメイト®に使用されること、また承認条件である全例調査期間中は、私の情報製薬販売後調査において使用されることを承諾します。

本用紙は、医師がご記入の上、薬剤部(薬局)にご提出ください。

レブラミド®処方要件確認書

A男性

確認日	年 月 日	担当医師名
患者氏名		担当薬剤師名

1. 確認項目	医師確認	
催奇形性 レブラミド®の催奇形性に関して十分説明した ● 催奇形性リスクおよび胎児への影響 ● 精子・精液の提供の禁止(治療終了4週間後まで) ● 献血の禁止	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
避妊 避妊に関して十分説明した ● 性交渉を控えるか、有効な避妊措置をとる(治療終了4週間後まで) ● 有効な避妊措置方法 ● 妊婦との性交渉は完全に控える(治療終了4週間後まで) ● パートナーが妊娠、もしくは妊娠した可能性がある場合は直ちに主治医に相談する	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
保管・残薬 保管・残薬に関して十分説明した ● 他人と共有または譲渡してはならない ● 飲み残したレブラミド®および服用後の空のシートを通院時に持参する ● 治療終了後の残薬は薬剤部(薬局)に返却する ● 2回目以降の処方時レブラミド®の残薬数	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
	あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>

2. 臨床検査値の確認	医師確認	
添付文書の記載に従い、服用に際し血液検査等、問題となる所見がないことを確認した。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>

処方要件を満たすこと(すべて「はい」であることを確認した。 (「完了」にチェックがない場合、レブラミド®は患者さんに交付されません)	医師確認
	完了 <input type="checkbox"/>

以上で処方要件の確認は終了です。不確実な事項がひとつでもある場合は、処方せんを発行しないでください。

●調剤終了後の本用紙は、個人情報にご留意の上、保管してください。