

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<sup>®</sup>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



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

	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

確認事項

	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<sup>®</sup>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<sup>®</sup>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

	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

確認事項 (5~9は初回処方時不要)

	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<sup>®</sup>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<sup>®</sup>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。