

サレド[®] カプセル

遵守状況確認票

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。

医療機関名	<input type="text"/>	処方医師登録番号	<input type="text"/>
確認日	20 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	処方医師名	<input type="text"/>
患者登録番号	<input type="text"/>	外来 入院	外来 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/>
患者同意書の取得	取得した* <input type="checkbox"/> *初回、転院、患者群変更時に同意書を取得してください。	薬剤管理者の設置	要* <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> *要に変更の場合は、薬剤管理者の同意書(様式 7)を医療機関で保存してください。

患者区分に関する確認事項 (①②③のいずれかの欄にチェックを入れてください)

- 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でない
- ② 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
(判定日 20 年 月 日) → (次回判定予定日 20 年 月 日)
- ③ 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

※女性患者 C に変更となった場合は、女性患者 C の教育と同意書を取得し、登録情報変更申請書(患者)(様式 19-B)を用いて変更手続きを行ってください。

処方医師 確認事項

確認項目 <small>(初回・入院中不要)</small>	患者の本剤の保管、管理状況について、以下の項目を確認した ●本剤を他人と共有又は他人に譲渡していない ●本剤を廃棄、紛失していない ※責任薬剤師等が確認する場合はチェック不要	はい <input type="checkbox"/>			
	患者の病態や理解度により ●催奇形性のリスクについて説明した ●薬剤管理者の要否等について確認した 又は、患者は説明しなくても充分理解していることを確認した	はい <input type="checkbox"/>			
処方内容	投与量	日数	未服用薬数量	処方数量	処方医師コメント 服用開始 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 変則服用 <input type="checkbox"/> 休薬 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/>
	サレド [®] カプセル 100	<input type="text"/> Cap/日	× <input type="text"/> 日	— <input type="text"/> Cap = <input type="text"/> Cap	
	サレド [®] カプセル 50	<input type="text"/> Cap/日	× <input type="text"/> 日	— <input type="text"/> Cap = <input type="text"/> Cap	
	サレド [®] カプセル 25	<input type="text"/> Cap/日	× <input type="text"/> 日	— <input type="text"/> Cap = <input type="text"/> Cap	

定期確認票は女性患者 B では不要とする。

薬剤師 確認事項		薬剤師コメント
確認項目 <small>(初回・入院中不要)</small>	患者の本剤の保管、管理状況について、以下の項目を確認した ●本剤を他人と共有又は他人に譲渡していない ●本剤を廃棄、紛失していない	
	患者の病態や理解度により ●家庭内での本剤の管理・保管について説明した ●本剤の共有・譲渡・廃棄の禁止について説明した ●未服用薬数量を毎回報告することを説明した ●不要薬の調剤元への返却について説明した 又は、患者は説明しなくても充分理解していることを確認した	
処方医師の記載内容を確認した		はい <input type="checkbox"/>
薬剤の紛失		なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ※紛失届(様式 38)を提出してください
責任薬剤師登録番号	<input type="text"/>	処方医師カナ氏名 <input type="text"/>
担当薬剤師名	<input type="text"/>	連絡先 TEL <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>