

**サレド<sup>®</sup> カプセル**

**遵守状況確認票**

女性患者 C

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。

**処方医師 確認事項**

確認項目 <small>(初回・入院中不要)</small>	患者の定期確認票の提出により記入内容を確認した 又は、提出時期でないことを確認した ※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"/>	※女性患者 B に変更となった場合は、女性患者 B 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。		
	患者の病態や理解度により ●催奇形性リスクと妊娠回避の必要性を説明した ●4 週を超えない間隔毎の妊娠検査について説明した ●避妊失敗時の対応方法について説明した ●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"/>			
妊娠検査	結果 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陰性でない	前回検査から 4 週間を超えていないので <input type="checkbox"/> 実施せず(現在、前回検査から <input type="text"/> 日目)			
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 <small>(注)</small> <input type="checkbox"/>
	サレド <sup>®</sup> 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 <sup>®</sup> 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 <sup>®</sup> カプセル 25	<input type="text"/> Cap/日 × <input type="text"/> 日	— <input type="text"/> Cap	= <input type="text"/> Cap	

**薬剤師 確認事項**

確認項目 <small>(初回・入院中不要)</small>	患者の定期確認票の提出により記入内容を確認した 又は、提出時期でないことを確認した	はい <input type="checkbox"/>	薬剤師コメント
	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	はい <input type="checkbox"/>	
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"/>

注) 女性患者 C は、服用中止 4 週間後も妊娠検査結果が陰性であることの確認が必要です。患者さんへ 4 週間後に妊娠検査の確認のため来院するよう説明してください。