

サリドマイド製剤（**サレド<sup>®</sup>カプセル50**）出納表（責任薬剤師）

No. \_\_\_\_\_

医療機関名							
責任薬剤師名			責任薬剤師 登録番号				

日付 (年月日)	受入数量	払出数量	在庫数量	払出先(患者登録番号)	払出担当者	備考
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			

注) 1箇月に1回、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センターまで出納表を FAX 等 (FAX<sup>#</sup>、タブレット端末による画像送信、郵送又は MR による搬送) にて提出してください。# (FAX 番号 0120-007-121)  
ただし1箇月間の出納表に受け入れ及び払い出しがない場合は不要です。  
※MR へ提出する場合は、出納表(写)をご提供ください。