

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター へ

処方医師

サリドマイド製剤安全管理手順に関する同意書

サリドマイド製剤（**サレド[®]カプセル**）を使用するにあたり、「サリドマイド製剤安全管理手順」（TERMS[®]）を理解し、遵守に同意します。

同意日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

施設名： _____

所属： _____

処方医師署名： _____

連携に関する同意書(産科婦人科)

「サリドマイド製剤安全管理手順」(TERMS[®])について、医薬情報担当者より情報提供を受け理解しました。

[施設名 : _____ 医師名 : _____]

上記医師より依頼があった場合は、当科の医師が対応します。

同 意 日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

施設名・科 : _____

所 在 地 : _____

電 話 番 号 : _____

医 師 署 名 : _____

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター へ

責任薬剤師

サリドマイド製剤安全管理手順に関する同意書

サリドマイド製剤（**サレド[®]カプセル**）を使用するにあたり、「サリドマイド製剤安全管理手順」（TERMS[®]）を理解し、遵守に同意します。

同 意 日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

施 設 名： _____

所 属： _____

責任薬剤師署名： _____

男性患者

サリドマイド製剤安全管理手順に関する同意書

サリドマイド製剤(**サルド[®]カプセル**) (以下本剤) に関して「サリドマイド製剤安全管理手順」(TERMS[®]) を理解し、以下の内容につき同意します。(同意項目に☑を記入)

- 本剤は、胎児に障害を起こす可能性があることを理解しました。
- 妊娠回避の必要性を理解しました。定められた期間中は性交渉をしないか、性交渉を行う場合にはコンドームを使用します。また、パートナーも同時に避妊することが望ましいことも理解しました。妊婦との性交渉はしません。
コンドームを使用せずに性交渉した、使用したが失敗した、又は失敗した可能性がある場合は、直ちに処方医師へ連絡します。
万が一、パートナーが妊娠した場合は、産科婦人科を受診し、追跡調査に協力します。また、必要に応じて、パートナーの情報を藤本製薬株式会社に提供することを承諾します。
- 妊娠回避の不徹底、又は妊婦との性交渉によって胎児への障害等の重篤な副作用が生じた場合は、私自身にも責任があることを理解しました。
- 定められた期間中は精子・精液を提供しません。
- 献血をしません。
- 処方された本剤は私の治療のためだけのものであることを理解しました。私は、本剤を他の人と共有したり、他の人へ譲ったりしません。
- 本剤は、子供の手の届かない専用の場所で、飲食物と区別して保管します。
- 本剤を紛失した場合は、本剤を受け取った薬剤部(科)へ直ちに連絡し薬剤師の指示に従います。
- 本剤を服用する必要がなくなった場合、残った薬は廃棄せず受け取った薬剤部(科)へ持参します。その際、返金がないことを承諾します。
- 本剤を不適切に扱い、万が一、事故が発生した場合は、私にも責任があることを理解しました。
- 私の生年月日、疾患名、患者群等の情報が藤本製薬株式会社に登録されることを承諾します。また、必要に応じて、医療機関登録情報が藤本製薬株式会社に提供されることを承諾します。
- 私の医療機関登録情報が、藤本製薬株式会社の担当者により閲覧されることを承諾します。
- 安全管理手順から逸脱した場合、その内容によっては、本剤服用の一時停止、又は本剤での治療が中止されることを承諾します。
- 定期的に行われるアンケート調査に協力します。

【患者記入欄】

同意日： 年 月 日

患者署名： _____

患者本人の署名を基本としますが、本人の署名又は同意が病状等で困難な場合に限り代筆者又は代諾者の署名をお願いします。

代筆者又は代諾者氏名： _____ (続柄 _____)

【処方医師記入欄】

処方医師名： _____

注) 1枚目は医療機関にて保存し、2枚目は患者さんにお渡しください。

女性患者 B

サリドマイド製剤安全管理手順に関する同意書

サリドマイド製剤(**サレド[®]カプセル**) (以下本剤) に関して「サリドマイド製剤安全管理手順」(TERMS[®]) を理解し、以下の内容につき同意します。(同意項目に☑を記入)

- 本剤は、胎児に障害を起こす可能性があることを理解しました。
- 献血をしません。
- 処方された本剤は私の治療のためだけのものであることを理解しました。私は、本剤を他の人と共有したり、他の人へ譲ったりしません。
- 本剤は、子供の手の届かない専用の場所で、飲食物と区別して保管します。
- 本剤を紛失した場合は、本剤を受け取った薬剤部(科)へ直ちに連絡し薬剤師の指示に従います。
- 本剤を服用する必要がなくなった場合、残った薬は廃棄せず受け取った薬剤部(科)へ持参します。その際、返金がないことを承諾します。
- 本剤を不適切に扱い、万が一、事故が発生した場合は、私にも責任があることを理解しました。
- 私の生年月日、疾患名、患者群等の情報が藤本製薬株式会社に登録されることを承諾します。また、必要に応じて、医療機関登録情報が藤本製薬株式会社に提供されることを承諾します。
- 私の医療機関登録情報が、藤本製薬株式会社の担当者により閲覧されることを承諾します。
- 安全管理手順から逸脱した場合、その内容によっては、本剤服用の一時停止、又は本剤での治療が中止されることを承諾します。
- 定期的に行われるアンケート調査に協力します。

私は、以下のいずれかに該当し、必要な内容につき同意します。

- い
ず
れ
か
に
チ
ェ
ッ
ク
し
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にない。
- ②長期無月経について産婦人科専門医の確認を受け女性患者 B に登録された。ただし、リスクを正しく理解し、定期的に産婦人科専門医の診察を受け、状態に変化があった場合は、女性患者 C としての教育を受けて女性患者 C に登録を変更されることに同意します。
- ③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ことを申告し、処方医師に認められて女性患者 B に登録された。ただし、リスクを正しく理解し、女性患者 B-③の判断が継続していることについて定期的な診察により確認を受けること、状態に変化があった場合は、速やかに処方医師に申告し、女性患者 C としての教育を受けて女性患者 C に登録を変更されることに同意します。

【患者記入欄】

同意日： 年 月 日

患者署名： _____

患者本人の署名を基本としますが、本人の署名又は同意が病状等で困難な場合に限り代筆者又は代諾者の署名をお願いします。

代筆者又は代諾者氏名： _____ (続柄 _____)

【処方医師記入欄】

処方医師名： _____

注) 1枚目は医療機関にて保存し、2枚目は患者さんにお渡しください。

サリドマイド製剤安全管理手順に関する同意書

女性患者 C

サリドマイド製剤(**サルド[®]カジェル**) (以下本剤) に関して「サリドマイド製剤安全管理手順」(TERMS[®]) を理解し、以下の内容につき同意します。(同意項目に☑を記入)

- 本剤は、胎児に障害を起こす可能性があることを理解しました。
- 妊娠検査において陽性反応がでるまで、性交渉を行った日より 4 週間程度かかることがあることを理解しました。
- 同意日以降は、定められた期間中において性交渉を行わないか、パートナーとともに規定された避妊方法を実施します。
- ※ 服用開始日において妊娠していないことを確実にするため、以下のいずれかを実施します。
- 同意日及び同意日の 2 週間後、4 週間後(初回処方前 24 時間以内)、に妊娠検査を受け陰性を確認後、服用を開始します。
- 同意日の 4 週間以上前から性交渉を行っておりませんので、初回処方前 24 時間以内の妊娠検査で陰性を確認後、服用を開始します。
- 所定の時期に妊娠検査を受けます。
- 避妊を実施せずに性交渉した、避妊に失敗した、又は避妊に失敗した可能性がある場合は、直ちに本剤の服用を一時中止し、処方医師へ連絡します。
万が一、妊娠した場合は、産科婦人科を受診し、追跡調査に協力します。
- 妊娠回避の不徹底によって胎児への障害等の重篤な副作用が生じた場合は、私自身にも責任があることを理解しました。
- 定められた期間中は授乳をしません。
- 献血をしません。
- 処方された本剤は私の治療のためだけのものであることを理解しました。私は、本剤を他の人と共有したり、他の人へ譲ったりしません。
- 本剤は、子供の手の届かない専用の場所で、飲食物と区別して保管します。
- 本剤を紛失した場合は、本剤を受け取った薬剤部(科)へ直ちに連絡し薬剤師の指示に従います。
- 本剤を服用する必要がなくなった場合、残った薬は廃棄せず受け取った薬剤部(科)へ持参します。その際、返金がないことを承諾します。
- 本剤を不適切に扱い、万が一、事故が発生した場合は、私にも責任があることを理解しました。
- 私の生年月日、疾患名、患者群等の情報が藤本製薬株式会社に登録されることを承諾します。
また、必要に応じて、医療機関登録情報が藤本製薬株式会社に提供されることを承諾します。
- 私の医療機関登録情報が、藤本製薬株式会社の担当者により閲覧されることを承諾します。
- 安全管理手順から逸脱した場合、その内容によっては、本剤服用の一時停止、又は本剤での治療が中止されることを承諾します。
- 定期的に行われるアンケート調査に協力します。

【患者記入欄】

同意日： 年 月 日

患者署名： _____

患者本人の署名を基本としますが、本人の署名又は同意が病状等で困難な場合に限り代筆者又は代諾者の署名をお願いします。

代筆者又は代諾者氏名： _____ (続柄 _____)

【処方医師記入欄】

処方医師名： _____

注) 1 枚目は医療機関にて保存し、2 枚目は患者さんにお渡しください。

患者名： _____

薬剤管理者

サリドマイド製剤安全管理手順に関する同意書

サリドマイド製剤(**サリド[®]カプセル**) (以下本剤) に関して「サリドマイド製剤安全管理手順」(TERMS[®]) を理解し、以下の内容につき同意します。(同意項目に を記入)

- 本剤は、胎児に障害を起こす可能性があることを理解しました。
- 処方された本剤は患者の治療のためだけのものであることを理解しました。
- 私は、患者と定期的に接する機会があり、患者が本剤を他の人と共有したり、他の人へ譲ったりしない様に薬剤を管理します。
- 本剤は、子供の手の届かない患者専用の場所で、飲食物と区別して保管します。
- 本剤を紛失した場合は、本剤を受け取った薬剤部(科)へ直ちに連絡し薬剤師の指示に従います。
- 本剤を服用する必要がなくなった場合、残った薬は廃棄せず受け取った薬剤部(科)へ持参します。その際、返金がないことを理解しました。
- 本剤を不適切に扱い、万が一、事故が発生した場合は、私にも責任があることを理解しました。
- 必要に応じて、私の医療機関登録情報が藤本製薬株式会社に提供されることを承諾します。
- 私の医療機関登録情報が、藤本製薬株式会社の担当者により閲覧されることを承諾します。
- 安全管理手順から逸脱した場合、その内容によっては、本剤服用の一時停止、又は本剤での治療が中止されることを理解しました。
- 定期的に行われるアンケート調査に協力します。

【薬剤管理者記入欄】

同意日： _____ 年 月 日

署名： _____ (続柄又は間柄 _____)

生年月日：大正・昭和・平成・西暦 _____ 年 月 日

住所： _____

電話番号： _____

【処方医師記入欄】

処方医師名： _____

注) 1枚目は医療機関にて保存し、2枚目は薬剤管理者さんにお渡しください。

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター へ

特約店責任薬剤師

サリドマイド製剤安全管理手順に関する同意書

サリドマイド製剤（**サレド[®]カプセル**）を使用するにあたり、「サリドマイド製剤安全管理手順」（TERMS[®]）を理解し、遵守に同意します。

同 意 日： _____ 年 月 日

社 名： _____

事 業 所 名： _____

特約店
責任薬剤師署名： _____

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター あて

登録申請書（処方医師）

	登録申請日	年	月	日
施設名				
	以下の全てを満たす <input type="checkbox"/> 本剤投与に関して、緊急時に十分対応できる設備を有する <input type="checkbox"/> 本剤を院内にて調剤することが可能である			
所在地	〒			
	TEL : () -			
処方医師	(フリガナ)			
	氏名	(姓)		(名)
	所属			
	【登録要件の確認】 以下の全てを満たす <input type="checkbox"/> サリドマイドの催奇形性及び本手順に関する情報提供を受け、理解している <input type="checkbox"/> 本手順の遵守に同意する <input type="checkbox"/> 産科婦人科医師と連携を図ることに同意が得られている <input type="checkbox"/> 研修医ではない（ただし、日本血液学会認定血液専門医は除く） <input type="checkbox"/> 次のいずれかに該当する <input type="checkbox"/> 日本血液学会認定血液専門医である <small>注1)</small> <input type="checkbox"/> 日本血液学会認定血液専門医と連携が可能である <small>注2)</small> <input type="checkbox"/> 上記以外である <small>注3)</small>			

注1) 日本血液学会認定血液専門医の証明書(写)が必要です。

注2) 日本血液学会認定血液専門医の証明書(写)及び連携を証明する文書又は文書(写)が必要です。

注3) TERMS 委員会の評価が必要です。

※ この用紙は藤本製薬株式会社 TERMS 管理センターへ FAX 等 (FAX[#]、タブレット端末による画像送信、郵送又は MR による搬送) により提出してください。[#] (FAX 番号 0120-007-121)

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター あて

登録申請書（処方医師）

	登録申請日	年	月	日
施設名	以下の全てを満たす			
	<input type="checkbox"/> 本剤投与に関して、緊急時に十分対応できる設備を有する <input type="checkbox"/> 本剤を院内にて調剤することが可能である			
所在地	〒			
	TEL : () -			
処方医師	(フリガナ)			
	氏名	(姓)		(名)
	所属			
	【登録要件の確認】 以下の全てを満たす <input type="checkbox"/> サリドマイドの催奇形性及び本手順に関する情報提供を受け、理解している <input type="checkbox"/> 本手順の遵守に同意する <input type="checkbox"/> 産科婦人科医師と連携を図ることに同意が得られている <input type="checkbox"/> 研修医ではない（ただし、日本皮膚科学会認定皮膚科専門医は除く） <input type="checkbox"/> 次のいずれかに該当する <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 日本皮膚科学会認定皮膚科専門医^{注1)}又は国立ハンセン病療養所に勤務する常勤医師である <input type="checkbox"/> 日本皮膚科学会認定皮膚科専門医又は国立ハンセン病療養所に勤務する常勤医師と連携が可能である^{注2)} <input type="checkbox"/> 上記以外である^{注3)} 			

注1) 日本皮膚科学会認定皮膚科専門医の証明書(写)が必要です。

注2) 日本皮膚科学会認定皮膚科専門医と連携の場合は、日本皮膚科学会認定皮膚科専門医の証明書(写)及び連携を証明する文書又は文書(写)が必要です。国立ハンセン病療養所に勤務する常勤医師と連携の場合は、連携を証明する文書又は文書(写)が必要です。

注3) TERMS 委員会の評価が必要です。

※ この用紙は藤本製薬株式会社 TERMS 管理センターへ FAX 等 (FAX[#]、タブレット端末による画像送信、郵送又は MR による搬送) により提出してください。[#] (FAX 番号 0120-007-121)

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター あて

登録申請書 (処方医師)

	登録申請日	年	月	日
施設名				
	以下の全てを満たす <input type="checkbox"/> 本剤投与に関して、緊急時に十分対応できる設備を有する <input type="checkbox"/> 本剤を院内にて調剤することが可能である			
所在地	〒			
	TEL : () -			
処方医師	(フリガナ)			
	氏名	(姓)	(名)	
	所属			
	【登録要件の確認】 以下の全てを満たす <input type="checkbox"/> サリドマイドの催奇形性及び本手順に関する情報提供を受け、理解している <input type="checkbox"/> 本手順の遵守に同意する <input type="checkbox"/> 産科婦人科医師と連携を図ることに同意が得られている <input type="checkbox"/> 研修医ではない (ただし、日本血液学会認定血液専門医又は日本神経学会認定神経内科専門医は除く) <input type="checkbox"/> 次のいずれかに該当する <input type="checkbox"/> 日本血液学会認定血液専門医である <small>注1)</small> <input type="checkbox"/> 日本神経学会認定神経内科専門医である <small>注2)</small> <input type="checkbox"/> 日本血液学会認定血液専門医と連携が可能である <small>注3)</small> <input type="checkbox"/> 日本神経学会認定神経内科専門医と連携が可能である <small>注4)</small> <input type="checkbox"/> 上記以外である <small>注5)</small>			

注1) 日本血液学会認定血液専門医の証明書 (写) が必要です。

注2) 日本神経学会認定神経内科専門医の証明書 (写) が必要です。

注3) 日本血液学会認定血液専門医の証明書 (写) 及び連携を証明する文書又は文書 (写) が必要です。

注4) 日本神経学会認定神経内科専門医の証明書 (写) 及び連携を証明する文書又は文書 (写) が必要です。

注5) TERMS 委員会の評価が必要です。

※ この用紙は藤本製薬株式会社 TERMS 管理センターへ FAX 等(FAX[#]、タブレット端末による画像送信、郵送又はMRによる搬送) により提出してください。# (FAX 番号 0120-007-121)

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター へ

登録申請書（責任薬剤師）

	登録申請日	年	月	日
施設名				
所在地	〒			
	TEL : ()		FAX : ()	
責任薬剤師	(フリガナ)			
	氏名	(姓)	(名)	
	所属			
確認項目	<input type="checkbox"/> サリドマイドの催奇形性及び本手順に関する情報提供を受け、理解している <input type="checkbox"/> 本手順の遵守に同意する			
保管場所の設置状況	<input type="checkbox"/> 人の出入りが制限された施設可能な場所にて薬剤管理が可能である			

交代予定日 年 月 日 (記入がない場合は登録された日より登録番号が有効となります。)

※ この用紙は藤本製薬株式会社 TERMS 管理センターへ FAX 等 (FAX[#]、タブレット端末による画像送信、郵送又は MR による搬送) により提出してください。[#] (FAX 番号 0120-007-121)

藤本製薬株式会社

TERMS 管理センター あて

登録申請書（患者）

患者登録番号
99999999

処方医師記入欄

新規 再発行 旧患者登録番号
(再発行時のみ記入)

--	--	--	--	--	--	--	--

登録申請日	20	年	月	日
施設名				
処方 医師名	処方医師 登録番号			
患者 群	<input type="checkbox"/> A：男性患者			
	<input type="checkbox"/> B：女性患者 B			
	いずれかに チェック	<input type="checkbox"/> ① 自然閉経した女性(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女性、あるいは子宮又は両側卵巣が先天的にない女性		
		<input type="checkbox"/> 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女性 医療機関名 () 産婦人科専門医名 ()		
<input type="checkbox"/> 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 重篤な身体的理由 ()				
注) 状態の変化により女性患者 C に変更する場合は、女性患者 C としての教育を受け、同意書を再提出する必要があります				
<input type="checkbox"/> C：女性患者 C 女性患者 B に該当せず、本剤の服用による治療方法が適切と判断した女性 注) 女性患者 C として登録されたが B-②、B-③に変更する場合は、再び女性患者 C に変更になる可能性を理解し、同意書を再提出する必要があります				
いずれかに チェック	<input type="checkbox"/> 投与開始予定 4 週間前及び 2 週間前の妊娠検査が陰性であった			
	<input type="checkbox"/> 同意日の 4 週間前から性交渉をしていないことを確認した			
生年月日	大正・昭和・平成・令和・西暦 年 月 日			
疾患名	<input type="checkbox"/> 多発性骨髄腫 <input type="checkbox"/> らい性結節性紅斑 <input type="checkbox"/> クロウ・深瀬 (POEMS) 症候群 <input type="checkbox"/> その他 (疾患名)			
患者さんは本手順を理解し、遵守に同意されましたか			<input type="checkbox"/> はい ※1)	
薬剤管理者の設置			<input type="checkbox"/> 要 ※2) <input type="checkbox"/> 不要	
患者さんから電話をし、第三者評価機関の調査を受けることが可能ですか (電話調査ができない場合は記入調査となります)			<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	

※1) 患者の同意書(様式 4~6 のいずれか)を医療機関で保存してください。

※2) 要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。

薬剤師記入欄

タブレット端末入力による登録申請の場合は、薬剤師記入欄への記入は不要

処方医師名 (カナ) _____
担当薬剤師名 _____
連絡先 TEL () _____

TERMS®

このカードは TERMS® に登録されている方にお渡ししています。
登録番号が必要なときにご利用ください。他の診療科や医療機関を受診する際、院外薬局においてサリドマイド製剤(**サリド[®]カプセル**)以外の調剤を受ける際、老人福祉施設等へ入所の際には、裏面をご提示ください。

登録番号：99999999

ご署名： _____



※FAX (0120-007-121)、郵送、又は MR 搬送による登録申請の場合には、本様式をコピーし TERMS 管理センターへ提出してください。

※原本は医療機関で保存してください。登録が完了しましたら、添付の患者登録カードを患者さんへお渡しください。

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター へ

登録申請書（特約店責任薬剤師）

		登録申請日	年	月	日
社名					
事業所名					
麻薬卸売業者 免許番号					
所在地	〒				
	TEL : ()		—	FAX : ()	
特約店 責任薬剤師	(フリガナ)				
	氏名	(姓)			(名)
確認項目	<input type="checkbox"/> サリドマイドの催奇形性及び本手順に関する情報提供を受け、理解している <input type="checkbox"/> 本手順の遵守に同意する				
保管場所の 設置状況	<input type="checkbox"/> 人の出入りが制限された施錠可能な場所にて薬剤管理が可能である				

交代予定日 年 月 日（記入がない場合は登録された日より登録番号が有効となります。）

※ この用紙は藤本製薬株式会社 TERMS 管理センターへ FAX#、郵送又は MR による搬送により提出してください。#(FAX 番号 072-339-5885)

登録情報変更申請書（処方医師）

申請日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

【現在の登録内容】

(フリガナ) 処方医師名		処方医師登録番号							
施設名									

【変更内容】 変更箇所にチェック及び変更内容をご記入ください。

_____ 年 _____ 月 _____ 日より登録情報を以下の通り変更してください	
<input type="checkbox"/> 氏名の変更	フリガナ 氏 名
	施設名
<input type="checkbox"/> 医療機関の追加 <input type="checkbox"/> 医療機関の異動 ^{注1)}	所在地 〒
	TEL () -
	所 属
<input type="checkbox"/> その他の変更	

医療機関の追加、異動に伴い医療機関を新規登録する場合は、以下の項目についてもご確認ください。

<input type="checkbox"/> 本剤投与に関して、緊急時に十分対応できる設備を有する <input type="checkbox"/> 本剤を院内にて調剤することが可能である <input type="checkbox"/> 産科婦人科医師と連携を図ることに同意が得られている ^{注2)}
--

注1) 異動の場合、変更前の医療機関では処方ができなくなります。

注2) 連携に関する同意書（産科婦人科）（様式2）が必要です。

※ この様式を藤本製薬株式会社 TERMS 管理センターへ FAX 等（FAX[#]、タブレット端末による画像送信、郵送又は MR による搬送）により提出してください。#（FAX 番号 0120-007-121）

※ 原本は医療機関で保存してください。

※ 登録変更完了後に藤本製薬株式会社より、「登録情報変更通知書（処方医師）」（様式 20-A）をお送りします。

登録情報変更申請書（患者）

申請日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

処方医師名		処方医師登録番号			
施設名					
患者生年月日		患者群	患者登録番号		
大・昭・平・令・西暦		年	月	日	

変更箇所にチェック及び変更内容をご記入ください。

患者群 ※1)	<input type="checkbox"/> A：男性患者
	<input type="checkbox"/> B：女性患者 B
	<input type="checkbox"/> B-①
	<input type="checkbox"/> B-② 医療機関名（ _____ ） 産婦人科専門医名（ _____ ）
	<input type="checkbox"/> B-③ 重篤な身体的理由（ _____ ）
<input type="checkbox"/> C：女性患者 C	<input type="checkbox"/> 投与開始予定 4 週間前及び 2 週間前の妊娠検査が陰性であった <input type="checkbox"/> 同意日の 4 週間前から性交渉をしていないことを確認した
薬剤管理者の設置	<input type="checkbox"/> 要 ※2) <input type="checkbox"/> 不要
第三者評価機関の調査	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない（電話調査ができない場合は記入調査となります）
<input type="checkbox"/> その他の変更	

※ 1) 患者群を変更する場合は患者の同意書（様式 4～6 のいずれか）を医療機関で保存してください。

※ 2) 要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。

- ※ 変更内容が医療機関の有している患者及び薬剤管理者の情報（氏名、住所、電話番号等）の場合は、藤本製薬株式会社への届出は不要です。
- ※ この様式を藤本製薬株式会社 TERMS 管理センターへ FAX 等（FAX[#]、タブレット端末による画像送信、郵送又は MR による搬送）により提出してください。[#]（FAX 番号 0120-007-121）
- ※ 原本は医療機関で保存してください。
- ※ 登録変更完了後に、藤本製薬株式会社より「登録情報変更通知書（患者）」（様式 20-B）をお送りします。

登録情報変更申請書（その他）

申請日： _____ 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

処方医師登録番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※ 変更対象者が患者の場合は、処方医師が申請者となり登録情報変更申請書（患者）（様式 19-B）を用いて藤本製薬株式会社へ FAX 等（FAX[#]、タブレット端末による画像送信、郵送又は MR による搬送）にて変更申請を行ってください。[#]（FAX 番号 0120-007-121）

責任薬剤師登録番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

特約店責任薬剤師登録番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

登録情報を以下のとおり変更してください。

【 変更内容 】

--

- ※ この用紙は藤本製薬株式会社 TERMS 管理センターへ FAX 等（FAX[#]、タブレット端末による画像送信、郵送又は MR による搬送）により提出してください。[#]（FAX 番号 0120-007-121）
- ※ 原本は医療機関で保存してください。
- ※ 登録変更完了後に、藤本製薬株式会社より「登録情報変更通知書（その他）」（様式 20-C）をお送りします。

FAX：0120-007-121

サレド[®] カプセル

定期確認票

男性患者

以下の設問について、前回提出又は初回処方時から今回提出まで の状況をお答えください。
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。

なお、あなたの日常生活に当てはまらない質問が含まれているかもしれませんが、すべての男性患者を対象として確認させていただいておりますのでご了承ください。

記入後、診察時に処方医師又は薬剤師へお渡しください。

登録番号		記入日	20	年	月	日
------	--	-----	----	---	---	---

① 本剤の保管・管理を適正に行いましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
② 性交渉がなかったか、または規定された避妊方法を行いましたか。 (性交渉なし、または避妊方法を行った場合は「はい」に記入してください)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
③ 本剤を他人と共有、他人に譲渡あるいは廃棄しましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
④ 本剤を紛失しましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

【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。

--

ご協力ありがとうございました。

管理番号

〒580-0004
大阪府松原市西野々2-2-10
藤本製薬株式会社 TERMS 管理センター
TEL：0120-001-468 FAX：0120-007-121

FAX : 0 1 2 0 - 0 0 7 - 1 2 1

女性患者 C

サレド[®] カプセル

定期確認票

以下の設問について、前回提出又は初回処方時から今回提出まで の状況をお答えください。
チェックは該当する に のようにペンにて記入し、間違っただけの場合は を記入してください。

なお、あなたの日常生活に当てはまらない質問が含まれているかもしれませんが、すべての女性患者 C を対象として確認させていただいておりますのでご了承ください。

記入後、診察時に処方医師又は薬剤師へお渡しください。

登録番号							記入日	20	年	月	日
------	--	--	--	--	--	--	-----	----	---	---	---

① 本剤の保管・管理を適正に行いましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
② 性交渉がなかったか、または規定された避妊方法を男性パートナーとともに行いましたか。 (性交渉なし、または避妊方法を行った場合は「はい」に記入してください)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
③ 本剤を他人と共有、他人に譲渡あるいは廃棄しましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
④ 本剤を紛失しましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

【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。

ご協力ありがとうございました。

管理番号

〒580-0004
大阪府松原市西野々2-2-10
藤本製薬株式会社 TERMS 管理センター
TEL : 0120-001-468 FAX : 0120-007-121

サレド[®] カプセル

遵守状況確認票

男性患者

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"/>									
	患者の病態や理解度により ● 催奇形性のリスクと妊娠回避の必要性を説明した ● 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"/>									
処方内容	投与量	サレド [®] カプセル 100 <input type="text"/> Cap/日	×	日数	<input type="text"/> 日	−	未服用薬数量	<input type="text"/> Cap	=	処方数量	<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
											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 ^{注)} <input type="checkbox"/>

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"/>	
	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"/> <small>※紛失届(様式 38)を提出してください</small>	
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) 男性患者さんが服用を中止する場合、責任薬剤師等から中止後確認調査票(様式 30)をお渡しの上、4 週間後に記載して処方医師又は責任薬剤師等へ提出するよう患者さんに説明してください。

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"/>

サレド[®] 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 ●催奇形性の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 [®] 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	

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。

サレド[®]カプセル 中止後確認調査票

男性患者

入院患者も確認が必要です

以下の設問について、本剤服用中止後から 4 週間後まで の状況をお答えください。
 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。

なお、あなたの日常生活に当てはまらない質問が含まれているかもしれませんが、すべての男性患者を対象として確認させていただいておりますのでご了承ください。

記入後、処方医師又は薬剤師へお渡しください。

登録番号								記入日	20	年	月	日
------	--	--	--	--	--	--	--	-----	----	---	---	---

確認事項	患者記入欄
① 性交渉がなかったか、または規定された避妊方法を行いましたか。 (性交渉なし、または避妊方法を行った場合は「はい」に記入してください)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

責任薬剤師 登録番号							
担当薬剤師名 (FAX送信者)							

責任薬剤師等の先生

この用紙を藤本製薬株式会社 TERMS 管理センターへ FAX 等 (FAX、タブレット端末による画像送信、郵送又は MR による搬送) にて送信し医療機関で保存してください。

藤本製薬株式会社 TERMS 管理センター
FAX : 0120-007-121

FAX : 0 1 2 0 - 0 0 7 - 1 2 1

女性患者 C

サレド[®]カプセル

中止後確認調査票

入院患者も確認が必要です

女性患者 C の服用中止 4 週間後の妊娠検査結果及び禁止項目の遵守状況を確認してください。
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。
なお、患者の日常生活に当てはまらない質問が含まれているかもしれませんが、すべての女性患者 C を対象として確認させていただいておりますのでご了承ください。
ご記入の上、責任薬剤師等へご提出ください。

確認事項	処方医師記入欄
①妊娠検査の結果は陰性でしたか	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陰性でない
②性交渉がなかったか、または規定された避妊方法を男性パートナーとともに行いましたか。 (性交渉なし、または避妊方法を行った場合は「はい」に記入してください)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

記入日 20 年 月 日

処方医師 登録番号								
処方 医師名								

患者 登録番号								
------------	--	--	--	--	--	--	--	--

責任薬剤師 登録番号								
担当薬剤師名 (FAX送信者)								

サ リ ド マ イ ド 製 剤 譲 受 書

譲受年月日： 年 月 日

譲 受 人

施 設 所 在 地：

施設名又は社名及び事業所名：

施 設 責 任 者 氏 名：

⑩

担 当 者 氏 名：

⑩

譲 渡 人					
品 名	容 量	個 数	数 量	備 考	

注) 署名の場合は押印不要です。

サ リ ド マ イ ド 製 剤 譲 渡 書

譲渡年月日： 年 月 日

譲 渡 人

施 設 所 在 地：

施設名又は社名及び事業所名：

施 設 責 任 者 氏 名：

⑩

担 当 者 氏 名：

⑩

譲 受 人					
品 名	容 量	個 数	数 量	備 考	

注) 署名の場合は押印不要です。

サリドマイド製剤（サレド[®]カプセル100）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[#]、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。

サリドマイド製剤（サレド[®]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			
. .	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[#]、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。

サリドマイド製剤（**サルド[®]カプセル25**）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			
. .	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[#]、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。

サリドマイド製剤（**サレド[®]カプセル100**）出納表（特約店責任薬剤師）

社名及び事業所名												
特約店責任薬剤師名				特約店責任薬剤師登録番号								

製造番号					本様式は製造番号ごとに使用して下さい。(包装単位、1箱:28Cap)
日付	受入数量	払出数量	在庫数量	払出先 (医療機関名、管理番号等)	
年 月 日	箱	箱	箱		
年 月 日	箱	箱	箱		
年 月 日	箱	箱	箱		
年 月 日	箱	箱	箱		
年 月 日	箱	箱	箱		
年 月 日	箱	箱	箱		
年 月 日	箱	箱	箱		
年 月 日	箱	箱	箱		

注) 同一製造番号の薬剤が在庫数量 0 箱になるまで、1 箇月に 1 回、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センター (072-339-5885) へ FAX してください。
 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。

サリドマイド製剤（**サレド[®]カプセル50**）出納表（特約店責任薬剤師）

社名及び事業所名										
特約店責任薬剤師名		特約店責任薬剤師登録番号								

製造番号					本様式は製造番号ごとに使用して下さい。(包装単位、1箱:28Cap)
日付	受入数量	払出数量	在庫数量	払出先 (医療機関名、管理番号等)	
年 月 日	箱	箱	箱		
年 月 日	箱	箱	箱		
年 月 日	箱	箱	箱		
年 月 日	箱	箱	箱		
年 月 日	箱	箱	箱		
年 月 日	箱	箱	箱		
年 月 日	箱	箱	箱		
年 月 日	箱	箱	箱		

注) 同一製造番号の薬剤が在庫数量 0 箱になるまで、1 箇月に 1 回、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センター (072-339-5885) へ FAX してください。
 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。

サリドマイド製剤（ **サレド[®]カプセル25** ） 出納表（特約店責任薬剤師）

社名及び事業所名											
特約店責任薬剤師名				特約店責任薬剤師登録番号							

製造番号					本様式は製造番号ごとに使用して下さい。(包装単位、1箱:28Cap)
日付	受入数量	払出数量	在庫数量	払出先（医療機関名、管理番号等）	
年 月 日	箱	箱	箱		
年 月 日	箱	箱	箱		
年 月 日	箱	箱	箱		
年 月 日	箱	箱	箱		
年 月 日	箱	箱	箱		
年 月 日	箱	箱	箱		
年 月 日	箱	箱	箱		
年 月 日	箱	箱	箱		

注) 同一製造番号の薬剤が在庫数量 0 箱になるまで、1 箇月に 1 回、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センター（072-339-5885）へ FAX してください。
 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。

記入日 年 月 日

サリドマイド製剤（**サレド[®]カプセル**）不要薬受領書

施設名		
	責任薬剤師登録番号	<input type="text"/>
不要薬返却者	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 薬剤管理者	
	患者登録番号	<input type="text"/>
不要薬受領日	年 月 日	
不要薬数量	サレド[®]カプセル 100	Cap
	サレド[®]カプセル 50	Cap
	サレド[®]カプセル 25	Cap
不要となった理由	<input type="checkbox"/> 本剤服用中止 <input type="checkbox"/> その他 ()	

記入日 年 月 日

サリドマイド製剤（**サレド[®]カプセル**）不要薬受領書

施設名		
	責任薬剤師登録番号	<input type="text"/>
不要薬返却者	<input type="checkbox"/> 患者本人	
	<input type="checkbox"/> 薬剤管理者	
	患者登録番号	<input type="text"/>
不要薬受領日	年	月 日
不要薬数量	サレド[®]カプセル 100	Cap
	サレド[®]カプセル 50	Cap
	サレド[®]カプセル 25	Cap
不要となった理由	<input type="checkbox"/> 本剤服用中止 <input type="checkbox"/> その他 ()	
廃棄方法	<input type="checkbox"/> 藤本製薬回収廃棄 <small>注 1)</small> <input type="checkbox"/> 医療機関廃棄 <small>注 2)</small>	
藤本製薬 MR 不要薬受領者	<small>注 3)</small>	
藤本製薬 MR 不要薬受領日	<small>注 4)</small>	年 月 日

注 1)不要薬を藤本製薬で廃棄の場合、サリドマイド製剤譲渡書を添えて藤本製薬控と不要薬を MR へお渡しください。後日、TERMS 管理センターよりサリドマイド製剤譲受書をお届けいたします。

注 2)不要薬を医療機関で廃棄の場合、藤本製薬控を TERMS 管理センターへ FAX 等 (FAX[#]、タブレット端末による画像送信、郵送又は MR による搬送) により提出してください。[#] (FAX 番号 0120-007-121)

注 3)、注 4)不要薬を医療機関で廃棄の場合、記入不要です。

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター へ

記入日 年 月 日

サリドマイド製剤（**サレド[®]カプセル**）不要薬受領書

施設名		
	責任薬剤師登録番号	<input type="text"/>
不要薬返却者	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 薬剤管理者	
	患者登録番号	<input type="text"/>
不要薬受領日	年 月 日	
不要薬数量	サレド[®]カプセル 100	Cap
	サレド[®]カプセル 50	Cap
	サレド[®]カプセル 25	Cap
不要となった理由	<input type="checkbox"/> 本剤服用中止 <input type="checkbox"/> その他 ()	
廃棄方法	<input type="checkbox"/> 藤本製薬回収廃棄 <small>注 1)</small> <input type="checkbox"/> 医療機関廃棄 <small>注 2)</small>	
藤本製薬 MR 不要薬受領者	<small>注 3)</small>	
藤本製薬 MR 不要薬受領日	<small>注 4)</small> 年 月 日	

注 1) 不要薬を藤本製薬で廃棄の場合、サリドマイド製剤譲渡書を添えて藤本製薬控と不要薬を MR へお渡しください。後日、TERMS 管理センターよりサリドマイド製剤譲受書をお届けいたします。

注 2) 不要薬を医療機関で廃棄の場合、藤本製薬控を TERMS 管理センターへ FAX 等 (FAX[#]、タブレット端末による画像送信、郵送又は MR による搬送) により提出してください。[#] (FAX 番号 0120-007-121)

注 3)、注 4) 不要薬を医療機関で廃棄の場合、記入不要です。

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター へ

記入日 年 月 日

サリドマイド製剤（**サレド[®]カプセル**）紛失等の届出書

下記サリドマイド製剤の紛失等につき届出します。

届出者	<input type="checkbox"/> 責任薬剤師登録番号 <div style="border: 1px solid black; width: 300px; height: 25px; margin: 5px 0;"></div> <input type="checkbox"/> 特約店責任薬剤師登録番号 <div style="border: 1px solid black; width: 420px; height: 25px; margin: 5px 0;"></div>
施設名又は社名及び事業所名	
紛失者	<input type="checkbox"/> 医療機関関係者 <input type="checkbox"/> 特約店関係者 <input type="checkbox"/> 患者又は患者関係者 患者登録番号 <div style="border: 1px solid black; width: 340px; height: 25px; margin: 5px 0;"></div>
紛失日	年 月 日
紛失数	サレド[®]カプセル 100 Cap
	サレド[®]カプセル 50 Cap
	サレド[®]カプセル 25 Cap
紛失状況*	

* どこで紛失したか、紛失に気付いた経緯、紛失の原因、その後の対応等を分かる範囲でご記入ください。

注) 本様式の記入後は、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センターへ FAX 等 (FAX[#]、タブレット端末による画像送信、郵送又は MR による搬送) により提出してください。原本は後日 MR が回収に伺います。[#] (FAX 番号 0120-007-121)

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上記 FAX 番号に転送の上、速やかに破棄してください。