

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。