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。

様式 23

FAX：０１２０－００７－１２１

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。	□　はい	□　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）	□　はい	□　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。	□　はい	□　いいえ
④ 本剤を紛失しましたか。	□　はい	□　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

この用紙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。