

# サレド<sup>®</sup>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