

藤本製薬株式会社

TERMS 管理センター あて

FAX : 0120-007-121

女性患者B

レナリドミドカプセル「FNK」

遵守状況確認票

チェックは、該当する に を記入してください。医療
間違った場合は を記入してください。 機関名

確認日	20 年 月 日	処方医師名			
患者登録番号			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、薬剤・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)を取得してください。	
処方医師記入欄	患者区分の確認	(①②③のいずれかの欄にチェックを入れてください)			
	確認事項	① <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>	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		
		③ <input type="checkbox"/>	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。			
	確認項目	下記の項目に関して十分説明した 又は、患者さんは説明しなくとも十分理解していることを確認した	外来	入院	
	催奇形性	・催奇形性リスク及び胎児への影響 ・献血の禁止	はい <input type="checkbox"/>		
	保管	・本剤を他人と共用又は譲渡してはならない ・本剤を廃棄してはならない ・飲み残した本剤の残薬数を通院時に処方医師及び薬剤師に伝える ・本剤を紛失しないよう管理する ・治療終了後の残薬は、薬剤部(科)に返却する	はい <input type="checkbox"/>		
残薬	残薬なし <input type="checkbox"/> カプセル数 5mg × <input type="text"/> Cap	カプセル数 2.5mg × <input type="text"/> Cap	休業 <input type="checkbox"/>	中止 <input type="checkbox"/>	
臨床検査値などの確認	電子添文の記載に従い、本治療に際し血液検査など、問題となる所見がないことを確認した	はい <input type="checkbox"/>			
	上述の処方要件を満たすことを確認した(「完了」にチェックがない場合、本剤は患者さんに交付されません)		完了	<input type="checkbox"/>	
薬剤師記入欄	調剤内容	調剤なし <input type="checkbox"/> カプセル数 5mg × <input type="text"/> Cap	カプセル数 2.5mg × <input type="text"/> Cap		
		上述の内容および処方箋の記載事項を確認した		完了 <input type="checkbox"/>	
		患者さんに薬剤に関する必要な説明を行った		はい <input type="checkbox"/>	
	処方医師カナ氏名			担当薬剤師名	
責任薬剤師登録番号			連絡先 TEL <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		

※定期確認票は女性患者Bでは不要とする

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。