

女性患者 C

サレド® カプセル

遵守状況確認票

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					処方 医師名							
患者 登録番号					確認日	20		年		月		日
患者同意書 の取得	取得した ☐ 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※ ☐ 不要 ☐		※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。				
外来 入院					外来 入院	外来 ☐ 入院 ☐						

処方医師 確認事項			
確 認 項 目 (初回・入院中不要)	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 ☐
	患者の病態や理解度により ● 催奇形性リスクと妊娠回避の必要性を説明した ● 4週間を超えない間隔ごと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十分理解していることを確認した		はい ☐
妊 娠 検 査	結果 ☐ 陰性 ☐ 陰性でない	前回検査から4週間を超えていないので ☐ 実施せず(現在、前回検査から 日目)	
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 ☐
処 方 内 容	投与量 日数 未服用薬数量 処方数量		
	サレド[®]カプセル100 Cap/日 × 日 = Cap		
	サレド[®]カプセル50 Cap/日 × 日 = Cap		
	サレド[®]カプセル25 Cap/日 × 日 = Cap		
処方医師コメント 服用開始 月 日 変則服用 ☐ 休薬 ☐ 中止 ☐			

薬剤師 確認事項				薬剤師コメント				
確 認 項 目 (初回・入院中不要)	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	☐				
	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 ●本剤の共用・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十分理解していることを確認した		はい	☐				
処方医師の記載内容を確認した			はい	☐				
薬剤の紛失			なし	☐	あり※ ☐ ※紛失届(様式 38) を提出してください。			
責任薬剤師 登録番号			担当 薬剤師名			処方医師 カナ氏名		

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。

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。