

レナリドミドカプセル「FNK」

遵守状況確認票

女性患者 C

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 ☐ 入院 ☐
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。
処方医師記入欄	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 ☐
	避妊	・性交渉をしないか、有効な避妊措置をとる(服用中止 4 週間後まで) ・有効な避妊措置方法 ・無月経の場合でも、避妊措置をとる ・妊娠反応検査を実施する (処方開始時、4 週間を超えない間隔ごと(休薬期間を含む)、服用中止時、服用中止 4 週間後) ・妊娠した、もしくは妊娠した可能性がある場合はただちに服用を中止して処方医師に相談する			はい ☐
	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 ☐
	残薬	残薬なし ☐ カプセル数 5mg × Cap 2.5mg × Cap 休薬 ☐ 中止 ☐			
	確認事項	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 ※女性患者 B に変更となった場合は、女性患者 B 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。			はい ☐
	妊娠検査	妊娠検査結果をご記入ください 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			
	避妊状況の確認	4 週間前から性交渉を控えるか、以下の方法で男女とも避妊を行っていた 女性: 経口避妊薬、子宮内避妊具、両側卵管結紮術のいずれかを実施 男性: 必ずコンドームを着用			はい ☐
	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 ☐
	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 ☐				
薬剤師記入欄	調剤内容	調剤なし ☐ カプセル数 5mg × Cap 2.5mg × Cap			
	上述の内容および処方箋の記載事項を確認した 完了 ☐				
	定期確認票の記入内容を確認したうえで、患者さんに薬剤管理に関する必要な説明を行った又は、定期確認票の提出時期でないことを確認した				はい ☐
	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