

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター へ

FAX : 0 1 2 0 - 0 0 7 - 1 2 1

女性患者 C 事前連絡書

連絡日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

下記の通り連絡します。

(フリガナ)									
処方医師名									
施設名									
患者情報	患者登録番号 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>								
	変更薬剤 (いずれかにチェック) ☐ サレドカプセル ☐ レナリドミドカプセル「FNK」								
<u>変更薬剤の</u> <u>初回処方予定日</u> _____ 年 _____ 月 _____ 日									

注) この連絡書の対象となる患者は、以下の全てに該当する方です。

- ・ TERMS®に登録済の女性患者 C
- ・ 薬剤を変更する患者

この連絡書は、変更薬剤の初回処方前に藤本製薬株式会社 TERMS 管理センターへ提出してください。

この用紙は藤本製薬株式会社 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)により提出してください。

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。