様式 12

藤本製薬

TERMS 管理センター あて

FAX:0120-007-121

登録申請書（患者）

処方医師記入欄

登録申請日	20　　年　　月　　日
施設名	
処方医師名	
患者さんの生年月日	大正 昭和 平成 令和 西暦　　年　　月　　日　　薬剤管理者　設置※ ☐　省略 ☐　※設置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。

患者群

A 男性 ☐

B 女性　①②③のいずれかを選択

① ☐ 自然閉経した女性（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女性、あるいは子宮又は両側卵巣が先天的にない女性

② ☐ 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女性

医療機関名（　　）

産婦人科専門医名（　　）

③ ☐ 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

重篤な身体的理由（　　）

注）状態の変化により C 女性に変更する場合は、C 女性として教育を行い、同意書を再取得する必要があります。

C 女性 ☐ B 女性に該当せず、サリドマイド製剤等の服用による治療方法が適切と判断した女性

服用開始予定 4 週間前及び 2 週間前の妊娠検査が陰性であった、又は服用開始予定日の 4 週間以上前から性交渉をしていないことを確認した(服用開始予定 2 週間前の妊娠検査はサレドカプセルのみ実施)

注）C 女性として登録したが B 女性②、B 女性③に変更する場合は、再び C 女性に変更になる可能性を説明し、同意書を再取得する必要があります。

疾患名

MM	☐	その他	☐	疾患名（　　）
ENL(※)	☐	POEMS(※)	☐	(※)サレドカプセルのみ
MDS(5q-)(※※)	☐			(※※)レナリドミドカプセル「FNK」のみ

患者さんはTERMS®を理解し、遵守に同意されましたか（患者の同意書(様式4～6のいずれか)を取得してください）	はい ☐
患者さんから電話をし、第三者評価機関の調査を受けることが可能ですか（電話調査ができない場合は記入調査となります）	できる ☐　できない ☐

タブレット端末で患者登録申請される場合は、以下の記入と FAX 送信は不要です。

薬剤師記入欄

処方医師カナ氏名	
担当薬剤師名	連絡先 TEL　　－　　－

登録が完了しましたら、添付の患者登録カードを患者さんにお渡しください。

見本

患者登録番号
99999999

FAX、郵送又は MR 搬送による登録申請の場合は、患者登録カードを剥がしてください。

TERMS®

このカードは TERMS®に登録されている方にお渡ししています。
登録番号が必要なときにご利用ください。

他の診療科や医療機関を受診する際、院外薬局でサレドカプセル及びレナリドミドカプセル「FNK」以外の調剤を受ける際、又は老人福祉施設等へ入所の際には、裏面をご提示ください。

登録番号： 99999999

ご署名 ：

見本