藤本製薬
TERMS 管理センター あて

登録情報変更申請書（患者）

申請日：　　年　　月　　日

処方医師名			
施設名			
患者生年月日 大・昭・平・令・西暦　　年　　月　　日		患者群	患者登録番号

【変更内容】変更箇所をご記入ください。

患者群 ※1)	□A 男性		
	□B 女性		
	いずれかにチェック	□ 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（　　）
	□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）

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
薬剤管理者	□ 設置 ※2)	□ 省略		
第三者評価機関の調査	□ できる	□ できない（電話調査ができない場合は記入調査となります）		
□ その他の変更				

※1）患者群を変更する場合は患者の同意書（様式 4～6 のいずれか）を取得してください。
※2）設置に変更の場合は、薬剤管理者の同意書（様式 7）を取得してください。

※ 変更内容が医療機関の有している患者及び薬剤管理者の情報（氏名、住所、電話番号等）の場合は、藤本製薬への届出は不要です。
※ FAX#、郵送又は MR 搬送による申請の場合は、この用紙を藤本製薬 TERMS 管理センターへ提出してください。
#(FAX 番号 0120-007-121)
※ 登録変更完了後に、藤本製薬より「登録情報変更通知書（患者）」（様式 20-B）をお送りします。