様式 24-A

藤本製薬

TERMS 管理センター あて

FAX：０１２０－００７－１２１

A 男性

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
		外来 入院	外来□（退院時含む） 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	設置※□ 省略□ ※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

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 ●催奇形性のリスクと妊娠回避の必要性を説明した ●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□
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		残薬		処方数量
サレド®カプセル100	□	Cap/日×	□	日−	□	Cap=	□ Cap
サレド®カプセル50	□	Cap/日×	□	日−	□	Cap=	□ Cap
サレド®カプセル25	□	Cap/日×	□	日−	□	Cap=	□ Cap

処方医師コメント

服用開始 月 日

変則服用□

休薬□ 中止注)□

薬剤師 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	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 ●残薬数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

薬剤師コメント

責任薬剤師登録番号		担当薬剤師名		処方医師カナ氏名	

注）A 男性が服用を中止する場合、責任薬剤師等から中止後確認調査票（様式 30）をお渡しの上、4 週間後以降に記入して処方医師又は責任薬剤師等へ提出するよう患者さんに説明してください

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