藤本製薬
TERMS 管理センター あて

FAX：０１２０－００７－１２１

様式 24-B

A 男性

レナリドミドカプセル「FNK」 遵守状況確認票

チェックは、該当する □ に ☑ を記入してください
間違った場合は ☒ を記入してください

医療機関名

確認日	20　年　月　日	処方医師名	
患者登録番号		外来 入院	外来（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 ●妊婦との性交渉は完全にしない(服用中止 4 週間後まで) ●パートナーが妊娠した、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　●服用中止後の残薬は、薬剤部(科)に返却する	はい □	
処方内容	投与量　日数　残薬　処方数量 5mg □ Cap/日 × □ 日 − □ Cap ＝ □ Cap 2.5mg □ Cap/日 × □ 日 − □ Cap ＝ □ Cap	休薬 □ 中止注) □	
次回処方予定日	20　年　月　日		
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	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 □	
処方医師コメント			

薬剤師記入欄

処方医師の記載内容及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 □	
薬剤師コメント		
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 □ − □ − □	

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