藤本製薬
TERMS 管理センター あて

様式 25-A

B 女性

FAX：０１２０－００７－１２１

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

患者区分に関する確認事項 （①②③のいずれかの欄にチェックを入れてください）

① □ 自然閉経した（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、あるいは子宮又は両側卵巣が先天的にない

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
（判定日 20□□年□□月□□日） → （次回判定予定日 20□□年□□月□□日）

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

※C 女性に変更となった場合は、C 女性の教育と同意書を取得し、登録情報変更申請書（患者）（様式 19-B）を用いて変更手続きを行ってください

処方医師 確認事項

確認項目（初回・入院中不要）	患者の本剤の保管、管理状況について、以下の項目を確認した ●本剤を他人と共用又は他人に譲渡していない ●本剤を廃棄、紛失していない ※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 □

処方医師コメント

服用開始 月 日
変則服用 □
休薬 □ 中止 □

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

定期確認票は B 女性では不要とする

薬剤師 確認事項

確認項目（初回・入院中不要）	患者の本剤の保管、管理状況について、以下の項目を確認した ●本剤を他人と共用又は他人に譲渡していない ●本剤を廃棄、紛失していない	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 □

薬剤師コメント

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
責任薬剤師登録番号		担当薬剤師名	処方医師カナ氏名

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

第 9-2 版