藤本製薬
TERMS 管理センター あて

FAX：０１２０－００７－１２１

様式 25-B

B 女性

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

患者区分の確認	（①②③のいずれかの欄にチェックを入れてください）			
確認事項	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　今回判定日 20 年 月 日　次回判定日 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			
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 □	
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		休薬 □ 中止 □
	2.5mg	□ Cap/日 × □ 日− □ Cap = □ Cap		
次回処方予定日	20　年　月　日			
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 □
患者さんに薬剤に関する必要な説明を行った		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	− −

※定期確認票は B 女性では不要とする

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