藤本製薬

TERMS 管理センター あて

FAX：０１２０－００７－１２１

様式 26-A

C 女性

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 ●4 週間を超えない間隔ごとの妊娠検査について説明した ●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□

※B 女性に変更となった場合は、B 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

妊娠検査	結果（4 週間を超えない間隔で妊娠検査の実施が必要です） 陰性□ 陰性以外*□ * TERMS 管理センター(0120-001-468)へご連絡ください	前回検査から 4 週間を超えていないので実施せず□ 現在、前回検査から□□日目
	今回妊娠検査実施日 20□□年□□月□□日	次回妊娠検査予定日 20□□年□□月□□日
避妊措置状況の確認	前回確認日以降において、性交渉をしていないか適切な避妊を実施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（妊娠検査の実施と結果を含む）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）C 女性は、服用中止 4 週間後も妊娠検査結果が陰性であることの確認が必要です
患者さんへ 4 週間後に妊娠検査の確認のため来院するよう説明してください

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