藤本製薬
TERMS 管理センター あて

FAX：０１２０－００７－１２１

様式 26-B

C 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

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　●無月経の場合でも、避妊措置をとる ●妊娠反応検査を実施する（処方開始時、4 週間を超えない間隔ごと、服用中止時、服用中止 4 週間後） ●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服用を中止して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　休薬 □　中止注) □ 2.5mg □ Cap/日 × □ 日 − □ Cap= □ Cap		
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 □	
	※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、以下の方法で男女とも避妊を行っていた **女性**：経口避妊薬、子宮内避妊具、両側卵管結紮術のいずれかを実施　**男性**：必ずコンドームを着用	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（妊娠検査の実施と結果を含む）、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）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