様式 30

A 男性

**藤本製薬**

**TERMS 管理センター あて**

FAX：０１２０－００７－１２１

**対象薬剤**
サレドカプセル
レナリドミドカプセル「FNK」

# 中止後確認調査票

入院患者も確認が必要です

以下の質問について、**対象薬剤の服用中止時から４週間後まで** の状況をお答えください。
チェックは該当する □ に ☑ のようにペンにて記入し、間違った場合には ☒ を記入してください。
なお、あなたの日常生活に当てはまらない質問が含まれているかもしれませんが、すべてのA 男性を対象として確認させていただいておりますのでご了承ください。
記入後、処方医師又は薬剤師へお渡しください。

| 登録番号 | | | | | | | | | 記入日 | 20　　年　　月　　日 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| 確認事項 | 患者記入欄 | |
|---|---|---|
| ① 性交渉がなかったか、または規定された避妊方法を行いましたか | □ 性交渉なし または 規定された方法で 避妊をした | □ 規定された方法で 避妊が できなかった |

| 責任薬剤師 登録番号 | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 担当薬剤師名 | | | | | | | |

この用紙は藤本製薬 TERMS 管理センターへ FAX 等(FAX、タブレット端末による画像送信、郵送又は MR による搬送)により提出してください。

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。