C 女性

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

C 女性の服用中止 4 週間後の妊娠検査結果及び、服用中止時から服用中止 4 週間後の禁止項目の遵守状況を確認してください。

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。

なお、患者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 C 女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。

ご記入の上、責任薬剤師等へご提出ください。

確認事項	処方医師記入欄	
①妊娠検査の結果は陰性でしたか	□ 陰性	□ 陰性以外 *
妊娠検査実施日	20　　年　　月　　日	
②性交渉がなかったか、または規定された避妊方法を男性パートナーとともに行いましたか	□ 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

記入日	20　　年　　月　　日

処方 医師名	
患者 登録番号	

＊ TERMS 管理センター（0120-001-468）へご連絡ください

確認事項	薬剤師記入欄
● 処方医師の記載内容（妊娠反応検査の実施と結果含む）を確認した	□ 完了

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。