様式 37-A

患者さん控

記入日　　年　　月　　日

サリドマイド製剤等不要薬受領書

施設名		
	責任薬剤師登録番号	
不要薬返却者	□患者本人 □その他（　　） 患者登録番号	
不要薬受領日	年　　月　　日	
不要薬数量	該当するものにチェックのうえ数量をご記入ください	
	□サレドカプセル	100mg ×　　カプセル
		50mg ×　　カプセル
		25mg ×　　カプセル
	□レナリドミドカプセル「FNK」	5mg ×　　カプセル
		2.5mg ×　　カプセル
不要となった理由	□本剤服用中止 □その他 （　　）	

藤本製薬
TERMS 管理センター あて

記入日　　年　　月　　日

サリドマイド製剤等不要薬受領書

施設名		
	責任薬剤師登録番号	
不要薬返却者	□患者本人 □その他（　　） 患者登録番号	
不要薬受領日	年　　月　　日	
不要薬数量	該当するものにチェックのうえ数量をご記入ください	
	□サレドカプセル	100mg ×　　カプセル
		50mg ×　　カプセル
		25mg ×　　カプセル
	□レナリドミドカプセル「FNK」	5mg ×　　カプセル
		2.5mg ×　　カプセル
不要となった理由	□本剤服用中止 □その他 （　　）	
廃棄方法	□藤本製薬回収廃棄 注 1)　　□医療機関廃棄 注 2)	

注 1)不要薬を藤本製薬で廃棄の場合、この用紙と不要薬を MR へお渡しください。
後日、藤本製薬 TERMS 管理センターよりサリドマイド製剤等不要薬受取通知書をお届けいたします。
注 2)不要薬を医療機関で廃棄の場合、この用紙を藤本製薬 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。#(FAX 番号 0120-007-121)
※医療機関にて控えが必要な場合はコピーをお取りください。

【 藤本製薬 MR 記入欄 】

不要薬受領者	
不要薬受領日	年　　月　　日