藤本製薬
TERMS 管理センター あて

FAX：０１２０－００７－１２１

C 女性事前連絡書

連絡日＿＿＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

下記の通り連絡します。

（フリガナ）	
処方医師名	
施設名	
患者情報	患者登録番号 □□□□□□□□ 変更薬剤（いずれかにチェック） □サレドカプセル □レナリドミドカプセル「FNK」
	変更薬剤の 初回処方予定日　　年　　月　　日

注）この連絡書の対象となる患者は、以下の全てに該当する方です。

・TERMS®に登録済の C 女性
・薬剤を変更する患者

この連絡書は、変更薬剤の初回処方前に藤本製薬 TERMS 管理センターへ提出してください。

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。