

# RevMate®返却薬剤報告書

枠線から出ないように記入してください。  
チェックボックスは該当する  に  を記入してください。

RevMate® の患者ID	<input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 8																	
患者さんの 生年月日	大正	昭和	平成	西暦	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日	
返却日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日	
返却薬剤	<input type="checkbox"/> レブラミド®		1剤目規格		1剤目カプセル数		2剤目規格		2剤目カプセル数									
	<input type="checkbox"/> 5mg		×		<input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 8		:		<input type="checkbox"/> 5mg		×		<input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 8		カプセル		カプセル	
	<input type="checkbox"/> 2.5mg								<input type="checkbox"/> 2.5mg									
	<input type="checkbox"/> ポマリスト®		1剤目規格		1剤目カプセル数		2剤目規格		2剤目カプセル数									
<input type="checkbox"/> 4mg		×		<input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 8		:		<input type="checkbox"/> 4mg		×		<input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 8		カプセル		カプセル		
<input type="checkbox"/> 3mg								<input type="checkbox"/> 3mg										
<input type="checkbox"/> 2mg								<input type="checkbox"/> 2mg										
<input type="checkbox"/> 1mg								<input type="checkbox"/> 1mg										
レブメイト®カードの返却	レブメイト®カードが返却されたので廃棄します <input type="checkbox"/>										ここに○が記入された場合、当該患者IDを無効化します。以後、当該患者IDでのRevMate®の利用ができなくなります。ご注意ください。							

薬局ID	<input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 8	医療機関名																			
担当薬剤師名																連絡先TEL	<input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 8	-	<input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 8	-	<input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 8

返却薬剤をご報告いただいた場合、返却薬剤受領書を返送しますので、患者さんにお渡しください。