

ご使用になるFAX機の「原稿の画質」は「写真」ではなく「文字」で送信してください。

62271

薬剤師 → 患者さん → 薬剤師 → RevMate®センター宛 FAX: ☎ 0120-021-507

TEL: ☎ 0120-071-025

レブメイト®定期確認票

A 男性

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。

これはレブメイト®の手順が守られているか、確認するためのものです。

記載されているレブメイト®の患者IDと生年月日が正しいか確認のうえ、質問事項にご回答いただき、主治医または薬剤師に提出してください。
この確認票に記載された個人情報、レブメイト®以外の目的に使用されることはありません。また、厳重に管理されます。

A男性の方へ

最近2カ月間の行動を思い出して、その実際の状況を教えてください。(必ず、回答のどちらか一方に○を記入してください。)
なお、質問によっては、あなたの生活に当てはまらないこともあるかもしれませんが、この確認票はすべてのA男性を対象にしていますので、ご了承ください。

記入例	お薬の保管・管理を適切に行いましたか?	適切に管理した	<input type="checkbox"/>	適切に管理できなかった	<input type="checkbox"/>
-----	---------------------	---------	--------------------------	-------------	--------------------------

質問	回答
1 お薬の保管・管理を適切に行いましたか?	適切に管理した <input type="checkbox"/> 適切に管理できなかった <input type="checkbox"/>
2 過去2カ月の間、性交渉がなかった、又は規定された避妊方法を行いましたか?	性交渉がなかった、又は、適切な避妊をした <input type="checkbox"/> 適切な避妊ができなかった <input type="checkbox"/>
3 お薬を他人へ譲渡したり、あるいは廃棄しましたか? ※薬剤部(院内薬局)へ残薬を返却された場合は、「譲渡」や「廃棄」に該当しませんので、ご注意ください。	譲渡したり廃棄していません <input type="checkbox"/> 譲渡又は廃棄しました <input type="checkbox"/>
4 お薬を紛失しましたか?	紛失していません <input type="checkbox"/> 紛失しました <input type="checkbox"/>

記入日	年 月 日	患者氏名	※
-----	-------	------	---

※患者氏名はFAX送信時、黒塗りとなる加工を施しております。

以上で確認は終了です。ご協力ありがとうございました。

薬剤師記入欄	RevMate®の患者ID	8 1 0 0 8 8 8 8 8 8									
	患者さんの生年月日	大正 昭和 平成 西暦	8 8 8 8 年		8 8 月	8 8 日					
	薬局ID	8 8 8 8 8 8 8 8						医療機関名			
	定期確認票交付日	2 0 8 8 年		8 8 月	8 8 日	定期確認票交付番号 (RevMate®遵守状況確認票受領連絡書に記載)	8 8 8				
	担当薬剤師名			連絡先TEL	8 8 8 8 - 8 8 8 8 - 8 8 8 8						

ご使用になるFAX機の「原稿の画質」は「写真」ではなく「文字」で送信してください。

62272

薬剤師→患者さん→薬剤師→RevMate®センター宛 FAX: ☎ 0120-021-507

TEL: ☎ 0120-071-025

レブメイト®定期確認票

C女性

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。

これはレブメイト®の手順が守られているか、確認するためのものです。

記載されているレブメイト®の患者IDと生年月日が正しいか確認のうえ、質問事項にご回答いただき、主治医または薬剤師に提出してください。
この確認票に記載された個人情報、レブメイト®以外の目的に使用されることはありません。また、厳重に管理されます。

C女性の方へ

最近1カ月間の行動を思い出して、その実際の状況を教えてください。(必ず、回答のどちらか一方に○を記入してください。)
なお、質問によっては、あなたの生活に当てはまらないこともあるかもしれませんが、この確認票はすべてのC女性を対象にしていますので、ご了承ください。

記入例	お薬の保管・管理を適切に行いましたか?	適切に管理した	<input type="checkbox"/>	適切に管理できなかった	<input type="checkbox"/>
-----	---------------------	---------	--------------------------	-------------	--------------------------

	質問	回答			
1	お薬の保管・管理を適切に行いましたか?	適切に管理した	<input type="checkbox"/>	適切に管理できなかった	<input type="checkbox"/>
2	過去1カ月の間、性交渉がなかった、又は規定された避妊方法を行いましたか?	性交渉がなかった、又は、適切な避妊をした	<input type="checkbox"/>	適切な避妊ができなかった	<input type="checkbox"/>
3	お薬を他人へ譲渡したり、あるいは廃棄しましたか? ※薬剤部(院内薬局)へ残薬を返却された場合は、「譲渡」や「廃棄」に該当しませんので、ご注意ください。	譲渡したり廃棄していません	<input type="checkbox"/>	譲渡又は廃棄しました	<input type="checkbox"/>
4	お薬を紛失しましたか?	紛失していません	<input type="checkbox"/>	紛失しました	<input type="checkbox"/>

記入日	年 月 日	患者氏名	※
-----	-------	------	---

※患者氏名はFAX送信時、黒塗りとなる加工を施しております。

以上で確認は終了です。ご協力ありがとうございました。

薬剤師記入欄	RevMate®の患者ID	8 1 0 0 8 8 8 8 8 8													
	患者さんの生年月日	大正 昭和 平成 西暦	年		月	日									
	薬局ID	8 8 8 8 8 8 8 8						医療機関名							
	定期確認票交付日	2 0 8 8		年	8 8		月	8 8		日	定期確認票交付番号 (RevMate®遵守状況確認票受領連絡書に記載)	8 8 8			
	担当薬剤師名					連絡先TEL	8 8 8 8		-		8 8 8 8		-		8 8 8 8