

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。

ブリistol・マイヤーズスクイブ販売

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
返却日	2 0 8 8		年	8 8		月	8 8		日	
返却薬剤	☐ レナリドミド カプセル[BMSH] 1剤目規格 ☐ 5mg ☐ 2.5mg × 1剤目カプセル数 8 8 8 カプセル : 2剤目規格 ☐ 5mg ☐ 2.5mg × 2剤目カプセル数 8 8 8 カプセル									
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 ☐ 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	8 8 8 8 8 8 8 8 8 8	医療 機関名			
担当 薬剤師名			連絡先 TEL	8 8 8 8	8 8 8 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。