

# 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。

富士製薬工業

|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |    |                                                               |                                                                                                                             |   |                                                               |   |                                                               |   |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------|---|
| RevMate®<br>の患者ID | <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/>                                                                                                                    |    |    |                                                               |                                                                                                                             |   |                                                               |   |                                                               |   |
| 患者さんの<br>生年月日     | 大正                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 昭和 | 平成 | 西暦                                                            | <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> | 年 | <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> | 月 | <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> | 日 |
| 返却日               | <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |    | 年  | <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> |                                                                                                                             | 月 | <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> |   | 日                                                             |   |
| 返却薬剤              | <div><div><input type="checkbox"/> レナリドミド<br/>カプセル[F]</div><div>1剤目規格</div><div><input type="checkbox"/> 5mg</div><div><input type="checkbox"/> 2.5mg</div></div> <div>×</div> <div>1剤目カプセル数</div> <div><input type="text" value="8"/><input type="text" value="8"/><input type="text" value="8"/></div> <div>カプセル</div> <div>:</div> <div>2剤目規格</div> <div><input type="checkbox"/> 5mg</div> <div><input type="checkbox"/> 2.5mg</div> |    |    |                                                               |                                                                                                                             |   |                                                               |   |                                                               |   |

×

2剤目カプセル数

カプセル

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |           |            |                                                                                                                             |                                                                                                                             |                                                                                                                             |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 薬局<br>ID   | <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> | 医療<br>機関名 |            |                                                                                                                             |                                                                                                                             |                                                                                                                             |
| 担当<br>薬剤師名 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |           | 連絡先<br>TEL | <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> | <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> | <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="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。