

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。

70001

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、処方医師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="radio"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 8 8 8	年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	担当薬剤師名								連絡先TEL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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。

70002

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、処方医師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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 8 8 8	年	8 8	月	8 8	日		
	薬局ID	8 8 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	-