

RevMate (レナリドミド・ポマリドミド適正管理手順)

C女性事前連絡書

下記の通り、連絡いたします

		連絡日	年	月	日
処方 医師名	(フリガナ:)	施設名	(診療科名:)		
患者情報					
RevMateの患者ID	8	1	0	0	
薬剤名					
製造販売業者名					
初回処方予定日		年	月	日	

この連絡書の対象となる患者は以下の全てに該当する方です。

- RevMateに既に登録されているC女性患者
- 異なる製造販売業者への薬剤変更又は異なる成分への薬剤変更

この連絡書は、薬剤の初回処方の前にRevMateセンターに送付してください。

----- RevMateセンター記入欄 -----

担当者名:
