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。

薬剤師 ➡ RevMate®センター宛 FAX: 0120-021-507
TEL: 0120-071-025

80013

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。

ブリストル マイヤーズ スクイブ

RevMate®の患者ID	8100
患者さんの生年月日	大正 □ 昭和 □ 平成 □ 西暦 □ 年 月 日
返却日	20 年 月 日
返却薬剤	□ レブラミド® 1剤目規格 □ 5mg □ 2.5mg × 1剤目カプセル数 カプセル : 2剤目規格 □ 5mg □ 2.5mg × 2剤目カプセル数 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		医療機関名	
担当薬剤師名		連絡先TEL	– –

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。

RevMate®およびレブメイト®は米国Celgene Corporation（Bristol-Myers Squibbの関係会社）の登録商標です。