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。

80001

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は、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

過去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、あなたの日常生活に当てはまらない質問が含まれてい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	○	適切に管理できなかった	□

	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	□	適切に管理できなかった	□
2	過去2カ月の間、性交渉がなかった、または規定された避妊方法を行いましたか? ※服用中止4週間後まで、および休薬期間中も同様の対応が必要です。	性交渉がなかった、または、規定された方法で避妊した	□	規定された方法で避妊ができなかった	□
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ない	□	譲渡または廃棄した	□
4	お薬を紛失しましたか?	紛失していない	□	紛失した	□

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	8100		
患者さんの生年月日	大正 □ 昭和 □ 平成 □ 西暦 □ 年 月 日		
薬局ID		医療機関名	
定期確認票交付日	20 年 月 日	定期確認票交付番号	
担当薬剤師名		連絡先TEL	– –

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。

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。

80002

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は、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

過去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、あなたの日常生活に当てはまらない質問が含まれてい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	◯	適切に管理できなかった	□

	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	□	適切に管理できなかった	□
2	過去1カ月の間、性交渉がなかった、または男性パートナーとともに規定された避妊方法を行いましたか? ※服用中止4週間後まで、および休薬期間中も同様の対応が必要です。	性交渉がなかった、または、規定された方法で避妊した	□	規定された方法で避妊ができなかった	□
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ない	□	譲渡または廃棄した	□
4	お薬を紛失しましたか?	紛失していない	□	紛失した	□

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	8100		
患者さんの生年月日	大正 □ 昭和 □ 平成 □ 西暦 □ 年 月 日		
薬局ID		医療機関名	
定期確認票交付日	20 年 月 日	定期確認票交付番号	
担当薬剤師名		連絡先TEL	– –

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。