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。

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

80049

RevMate®未処方時確認調査票 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。
入院患者さんも確認が必要です。

医療機関名

医師記入欄

確認日	20□□ 年 □□ 月 □□ 日	処方医師名	
患者ID	8100□□□□□□		

確認項目

確認事項	1. 妊娠反応検査の結果は陰性だったか	陰性 □	陰性以外 □
	妊娠反応検査実施日	20□□ 年 □□ 月 □□ 日	
	次回妊娠反応検査予定日 （今回の妊娠反応検査実施日から4週間以内の予定日をご記入ください）	20□□ 年 □□ 月 □□ 日	
	2. 前回確認から性交渉を控えるか、以下の方法で男女とも避妊を行っていた **女性**：経口避妊薬、子宮内避妊器具、両側卵管結紮術のいずれかを実施 **男性**：必ずコンドームを着用	はい □	
	3. 定期確認票の記入内容を確認したうえで、患者さんに薬剤に関する必要な説明を行った または 定期確認票の提出時期でないことを確認した ※責任薬剤師が確認する場合、○は不要	はい □	

薬剤師記入欄

確認事項	定期確認票の記入内容を確認したうえで、患者さんに薬剤に関する必要な説明を行った または 定期確認票の提出時期でないことを確認した	はい □	
処方医師の記載内容（妊娠反応検査の実施と結果含む）を確認した		薬剤師確認	完了 □
処方医師カナ氏名		担当薬剤師名	
薬局ID	□□□□□□□□□	連絡先TEL	□□□□－□□□□－□□□□

RevMate®は米国Celgene Corporation（Bristol-Myers Squibbの関係会社）の登録商標です。