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。

80050

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®中止後確認調査票

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。
この確認調査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

下記の質問について、**本剤服用中止時から服用中止4週間後まで**の状況をお答えください。
(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、この確認調査票はすべてのA男性を対象にしていますので、ご了承ください。
入院患者さんも確認が必要です。

記入例	性交渉がなかったか または 規定された避妊方法を行ったか		性交渉なし 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	□

質問		回答			
確認事項	性交渉がなかったか または 規定された避妊方法を行ったか		性交渉なし 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	□

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	
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。