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

80051

RevMate®中止後確認調査票 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: 服用中止4週間後の妊娠反応検査および禁止項目の遵守状況を確認してください

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	
	2. 本剤服用中止時から服用中止4週間後まで、性交渉がなかったか または 規定された避妊方法を男性パートナーとともに行ったか	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 □

薬剤師記入欄

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。