

登録情報変更申請書（患者）

申請日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

処方医師名		処方医師登録番号			
施設名					
患者生年月日		患者群	患者登録番号		
大・昭・平・令・西暦		年	月	日	

変更箇所にチェック及び変更内容をご記入ください。

患者群 ※1)	<input type="checkbox"/> A：男性患者
	<input type="checkbox"/> B：女性患者 B
	<input type="checkbox"/> B-①
	<input type="checkbox"/> B-② 医療機関名（ _____ ） 産婦人科専門医名（ _____ ）
	<input type="checkbox"/> B-③ 重篤な身体的理由（ _____ ）
<input type="checkbox"/> C：女性患者 C	<input type="checkbox"/> 投与開始予定 4 週間前及び 2 週間前の妊娠検査が陰性であった <input type="checkbox"/> 同意日の 4 週間前から性交渉をしていないことを確認した
薬剤管理者の設置	<input type="checkbox"/> 要 ※2) <input type="checkbox"/> 不要
第三者評価機関の調査	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない（電話調査ができない場合は記入調査となります）
<input type="checkbox"/> その他の変更	

※ 1) 患者群を変更する場合は患者の同意書（様式 4～6 のいずれか）を医療機関で保存してください。

※ 2) 要の場合は薬剤管理者の同意書（様式 7）を医療機関で保存してください。

- ※ 変更内容が医療機関の有している患者及び薬剤管理者の情報（氏名、住所、電話番号等）の場合は、藤本製薬株式会社への届出は不要です。
- ※ この様式を藤本製薬株式会社 TERMS 管理センターへ FAX 等（FAX[#]、タブレット端末による画像送信、郵送又は MR による搬送）により提出してください。[#]（FAX 番号 0120-007-121）
- ※ 原本は医療機関で保存してください。
- ※ 登録変更完了後に、藤本製薬株式会社より「登録情報変更通知書（患者）」（様式 20-B）をお送りします。