

記入日 年 月 日

サリドマイド製剤（**サレド<sup>®</sup>カプセル**）不要薬受領書

施設名		
	責任薬剤師登録番号	<input type="text"/>
不要薬返却者	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 薬剤管理者	
	患者登録番号	<input type="text"/>
不要薬受領日	年 月 日	
不要薬数量	<b>サレド<sup>®</sup>カプセル 100</b>	Cap
	<b>サレド<sup>®</sup>カプセル 50</b>	Cap
	<b>サレド<sup>®</sup>カプセル 25</b>	Cap
不要となった理由	<input type="checkbox"/> 本剤服用中止 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

記入日 年 月 日

サリドマイド製剤（**サレド<sup>®</sup>カプセル**）不要薬受領書

施設名		
	責任薬剤師登録番号	<input type="text"/>
不要薬返却者	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 薬剤管理者	
	患者登録番号	<input type="text"/>
不要薬受領日	年 月 日	
不要薬数量	<b>サレド<sup>®</sup>カプセル 100</b>	Cap
	<b>サレド<sup>®</sup>カプセル 50</b>	Cap
	<b>サレド<sup>®</sup>カプセル 25</b>	Cap
不要となった理由	<input type="checkbox"/> 本剤服用中止 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
廃棄方法	<input type="checkbox"/> 藤本製薬回収廃棄 <small>注 1)</small> <input type="checkbox"/> 医療機関廃棄 <small>注 2)</small>	
藤本製薬 MR 不要薬受領者	<small>注 3)</small>	
藤本製薬 MR 不要薬受領日	<small>注 4)</small> 年 月 日	

注 1)不要薬を藤本製薬で廃棄の場合、サリドマイド製剤譲渡書を添えて藤本製薬控と不要薬を MR へお渡しください。後日、TERMS 管理センターよりサリドマイド製剤譲受書をお届けいたします。

注 2)不要薬を医療機関で廃棄の場合、藤本製薬控を TERMS 管理センターへ FAX 等 (FAX<sup>#</sup>、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。<sup>#</sup> (FAX 番号 0120-007-121)

注 3)、注 4)不要薬を医療機関で廃棄の場合、記入不要です。

藤本製薬株式会社  
TERMS 管理センター へ

記入日 年 月 日

サリドマイド製剤（**サレド<sup>®</sup>カプセル**）不要薬受領書

施設名		
	責任薬剤師登録番号	<input type="text"/>
不要薬返却者	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 薬剤管理者	
	患者登録番号	<input type="text"/>
不要薬受領日	年 月 日	
不要薬数量	<b>サレド<sup>®</sup>カプセル 100</b>	Cap
	<b>サレド<sup>®</sup>カプセル 50</b>	Cap
	<b>サレド<sup>®</sup>カプセル 25</b>	Cap
不要となった理由	<input type="checkbox"/> 本剤服用中止 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
廃棄方法	<input type="checkbox"/> 藤本製薬回収廃棄 <small>注 1)</small> <input type="checkbox"/> 医療機関廃棄 <small>注 2)</small>	
藤本製薬 MR 不要薬受領者	<small>注 3)</small>	
藤本製薬 MR 不要薬受領日	<small>注 4)</small> 年 月 日	

注 1) 不要薬を藤本製薬で廃棄の場合、サリドマイド製剤譲渡書を添えて藤本製薬控と不要薬を MR へお渡しください。後日、TERMS 管理センターよりサリドマイド製剤譲受書をお届けいたします。

注 2) 不要薬を医療機関で廃棄の場合、藤本製薬控を TERMS 管理センターへ FAX 等 (FAX<sup>#</sup>、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。<sup>#</sup> (FAX 番号 0120-007-121)

注 3)、注 4) 不要薬を医療機関で廃棄の場合、記入不要です。