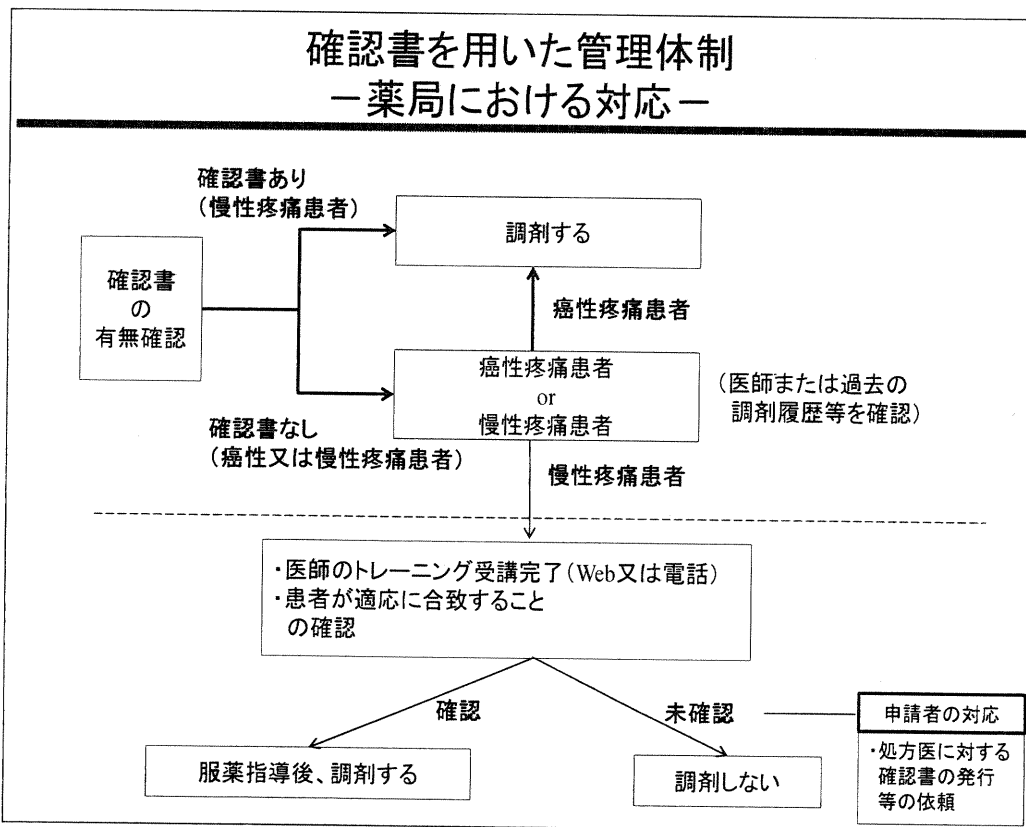
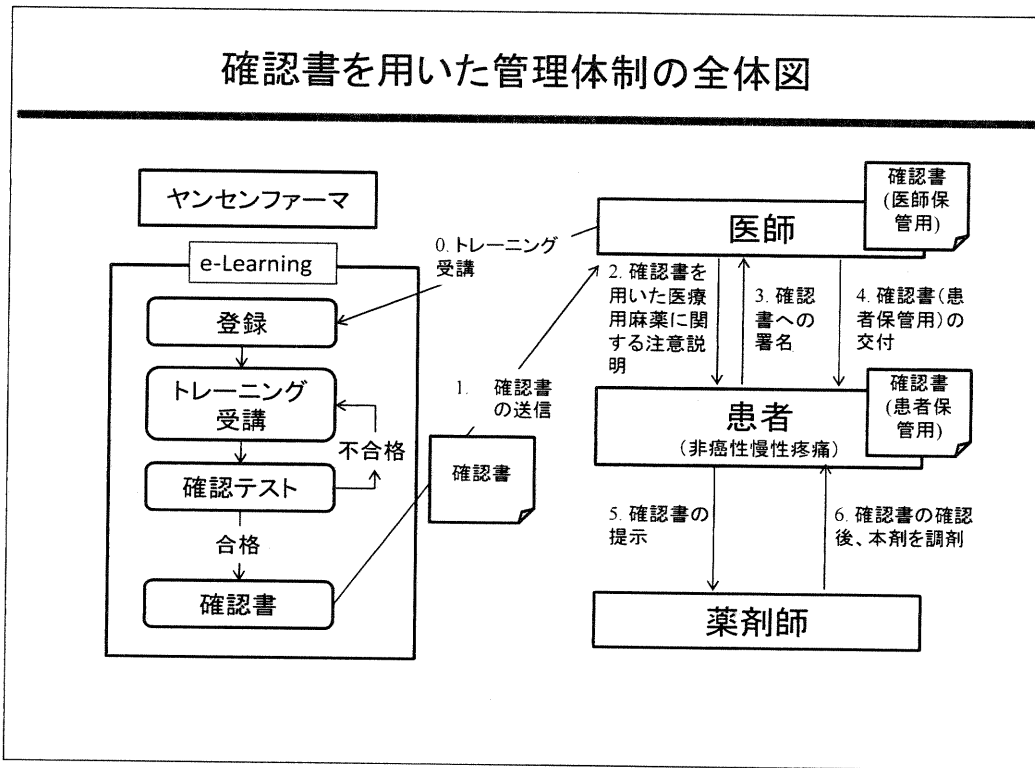


確認書を用いた管理体制 (デュロテップMTパッチ)



デュロテップ MT パッチ慢性疼痛への処方時の確認書 (案)

患者様確認事項

私は、処方医から以下の内容の説明を受け、その内容を理解しました。

1. 処方を受けるデュロテップ MT パッチは「医療用麻薬」であること。
2. ご家族及び他人に譲渡できないこと。譲渡することは違法であること。
3. 海外渡航の際には、特別な許可を必要とすること。許可なく所持して渡航することは違法であること。
4. 使わずに余ったデュロテップ MT パッチは医療機関・薬局に返却すること。

確認日： 年 月 日

お名前 (患者様、自署) : _____ 署名

(家族又は代諾者等、自署) : _____ (続柄: _____)

医師確認事項

上記の患者様に関し以下の事項を確認しました。

1. 非オピオイド鎮痛剤及び弱オピオイド鎮痛剤で治療困難な慢性疼痛であること。
2. 他のオピオイド鎮痛剤からの切り替えであること。

確認日： 年 月 日

お名前 (処方医、印字) : ヤンセン 太郎 (ID: XXXXXXXXXXX) 署名

医療施設名 (印字) : ヤンセン クリニック

連絡先 (印字) : XX-XXXX-XXXX

患者様のお名前は自署にしてください。なお、患者様自身の自署が困難な場合には、本人了承の上、家族又は代諾者等の自署をお願いします。

本確認書は医療機関にて保管してください。

確認書の有効期限は確認日から1年間です。1年経過後は再度患者様に説明し、本確認書を再発行してください。

切り取り線

デュロテップ MT パッチ慢性疼痛への処方時の確認書 (案)

患者様確認事項

私は、処方医から以下の内容の説明を受け、その内容を理解しました。

1. 処方を受けるデュロテップ MT パッチは「医療用麻薬」であること。
2. ご家族及び他人に譲渡できないこと。譲渡することは違法であること。
3. 海外渡航の際には、特別な許可を必要とすること。許可なく所持して渡航することは違法であること。
4. 使わずに余ったデュロテップ MT パッチは医療機関・薬局に返却すること。

確認日： 年 月 日

お名前 (患者様、自署) : _____ 署名

(家族又は代諾者等、自署) : _____ (続柄: _____)

医師確認事項

上記の患者様に関し以下の事項を確認しました。

1. 非オピオイド鎮痛剤及び弱オピオイド鎮痛剤で治療困難な慢性疼痛であること。
2. 他のオピオイド鎮痛剤からの切り替えであること。

確認日： 年 月 日

お名前 (処方医、印字) : ヤンセン 太郎 (ID: XXXXXXXXXXX) 署名

医療施設名 (印字) : ヤンセン クリニック

連絡先 (印字) : XX-XXXX-XXXX

患者様のお名前は自署にしてください。なお、患者様自身の自署が困難な場合には、本人了承の上、家族又は代諾者等の自署をお願いします。

お薬を受け取る際には必ずお持ちいただき薬剤師に提示願います。

紛失した場合には医師に再発行を依頼してください。

確認書の有効期限は確認日から1年間です。1年経過後は医師に再発行を依頼してください。