

## メフィーゴ<sup>®</sup>パック（ミフェプリストン及びミソプロストール）施用明細書

医療機関名： \_\_\_\_\_

管理者名： \_\_\_\_\_

この記録は院内保管し、同一年度における最終記録の日から2年間保存

年月日 (※)	購入数	カルテ番号 (上段) 氏名 (下段)	妊娠週数 (※)	施用数量	使用者名 (指定医師名)	未使用数	在庫数	投与後の有害 事象の有無	「有」の場合、 その内容	備考 (未使用がある場合は理由を、 返品がある場合は数量と理由を 記載する)
	箱	カルテ番号	週 日	1 剤目：ミフェプリストン		1 剤目：ミフェプリストン	箱	有 ・ 無		
		箱		氏名	箱					
	箱	カルテ番号	週 日	1 剤目：ミフェプリストン		1 剤目：ミフェプリストン	箱	有 ・ 無		
		箱		氏名	箱					
	箱	カルテ番号	週 日	1 剤目：ミフェプリストン		1 剤目：ミフェプリストン	箱	有 ・ 無		
		箱		氏名	箱					
	箱	カルテ番号	週 日	1 剤目：ミフェプリストン		1 剤目：ミフェプリストン	箱	有 ・ 無		
		箱		氏名	箱					

(※) 施用数量の記録にあたっては、1 剤目を投与した年月日及び妊娠週数を記載する。

注1) 購入数量及び在庫数は、メフィーゴ<sup>®</sup>パックとしての数量を記載する。施用数量及び未使用数は、ミフェプリストンまたはミソプロストールの内箱としての数量を記載する。

注2) 原則として、未使用の薬剤（1 剤目または2 剤目）がある場合は、医療機関における廃棄はせずに、購入先の卸に返品すること。