福岡県産婦人科医会提出用

様式２（福岡県様式）

メフィーゴ®パック（ミフェプリストン及びミソプロストール）使用報告書（　　年　月分）

**医療機関の管理者は、毎月５日までに、本使用報告書を福岡県産婦人科医会（提出先：〒812-0016福岡市博多区博多駅南2-9-30 福岡県医師会館３階）に提出してください。**

**なお、購入数及び施用数量が「０」の場合でも、在庫を所持する場合は、必ず報告書を提出してください。**

医療機関名：

管理者名：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年月日（※） | 購入数 | 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 | 週　 日 | 1剤目：ミフェプリストン  箱 |  | 1剤目：ミフェプリストン  箱 | 箱 | 有　・　無 |  |  |
| ２剤目：ミソプロストール  箱 |  | ２剤目：ミソプロストール  箱 |
|  | 箱 | 週　 日 | 1剤目：ミフェプリストン  箱 |  | 1剤目：ミフェプリストン  箱 | 箱 | 有　・　無 |  |  |
| ２剤目：ミソプロストール  箱 |  | ２剤目：ミソプロストール  箱 |
|  | 箱 | 週　 日 | 1剤目：ミフェプリストン  箱 |  | 1剤目：ミフェプリストン  箱 | 箱 | 有　・　無 |  |  |
| ２剤目：ミソプロストール  箱 |  | ２剤目：ミソプロストール  箱 |
|  | 箱 | 週　 日 | 1剤目：ミフェプリストン  箱 |  | 1剤目：ミフェプリストン  箱 | 箱 | 有　・　無 |  |  |
| ２剤目：ミソプロストール  箱 |  | ２剤目：ミソプロストール  箱 |

（※）施用数量の報告にあたっては、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®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。