

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。