

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) 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)
2023/4/1	2箱	カルテ番号	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	2箱	有 ・ 無		
		氏名		2剤目: ミソプロストール 箱		2剤目: ミソプロストール 箱				
2023/4/2	箱	カルテ番号 123-4567	8週0日	1剤目: ミフェプリストン 1箱	●● ●●	1剤目: ミフェプリストン 0箱	1箱	有 ・ 無		
		氏名 ●● ●●		2剤目: ミソプロストール 1箱		2剤目: ミソプロストール 0箱				
2023/4/5	3箱	カルテ番号	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	4箱	有 ・ 無		
		氏名		2剤目: ミソプロストール 箱		2剤目: ミソプロストール 箱				
2023/4/7	箱	カルテ番号 987-6543	7週0日	1剤目: ミフェプリストン 1箱	□□ □□	1剤目: ミフェプリストン 0箱	3箱	有 ・ 無		ミフェプリストン投与後に排出されたため、ミソプロストールは未使用。 2023/4/8 未使用のミソプロストール1箱 返品
		氏名 □□ □□		2剤目: ミソプロストール 0箱		2剤目: ミソプロストール 1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®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。