医療機関保存用

様式１（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）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  箱 |  | 1剤目：ミフェプリストン  箱 | 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 |
|  | 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 | 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 |
|  | 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 | 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 |
|  | 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 | 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 |

（※）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。