例示：様式1

医療機関保存用

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：

指定医師名：

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 | 未使用数 | 在庫数 | 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 |  |
| 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 |  |
| 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 |  |
| 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 |  |
| 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 |

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。

例示：様式1

記入例

医療機関保存用

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：

指定医師名：

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 | 未使用数 | 在庫数 | 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 |  |
| 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 |  |
| 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 |  |
| 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 | 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 |

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。