

# ボトックス患者登録票

登録票の利用目的:ボトックスの承認条件「本剤についての講習を受け、本剤の安全性及び有効性を十分に理解し、本剤の施注手技に関する十分な知識・経験のある医師によってのみ用いられるよう、必要な措置を講じること。」、ならびに用法及び用量に関連する注意「複数の適応に本剤を同時投与した場合の安全性は確立されていないため、複数の適応に本剤を同時に投与しないことが望ましい。やむを得ず同時に投与する場合には、それぞれの効能又は効果で規定されている投与量の上限及び投与間隔を厳守するとともに、12週間のA型ボツリヌス毒素の累積投与量として400単位を上限とすること。ただし、上肢痙縮及び下肢痙縮に対する同時投与では合計600単位を上限とし、患者の状態に応じて徐々に増量する等、慎重に投与すること。海外臨床試験において、成人を対象に上肢痙縮及び下肢痙縮に合計600単位を同時に投与した経験はあるが、国内臨床試験では、複数の適応に本剤を同時投与した経験はない。」を遵守するため等、ボトックスを適正にご使用いただくために利用します。

※個人情報の取り扱いは、個人情報の保護に関する法律、個人情報に関する関連諸法令、関連省庁等のガイドラインを遵守し、弊社プライバシー通知(<https://privacy.gsk.com/ja-jp/privacy-notice/general>)に則って適切に取り扱います。弊社プライバシー通知は右の二次元コードからも読み取り・閲覧することができます。



## ボトックス患者登録に関するお問い合わせは ボトックス専用窓口へ

ボトックス専用窓口ではボトックス登録票全般に関するお問い合わせ(投与日変更・キャンセル等のご連絡)、担当MRとの連絡、関連資料のご請求を承ります。

**TEL: 0120-561-703**(受付時間 9:00~17:45/土日祝日及び当社休業日を除く)

**FAX: 0120-198-799**(患者登録票専用/24時間受付)



# FAX送信用 (医師用控え)



1枚目を下記FAX番号へご送信ください。

**FAX:0120-198-799**

(24時間受付)

## ボトックス登録票 (確認リスト)

FAX送信後医師用控え

記入日	2	0		年		月		日
-----	---	---	--	---	--	---	--	---

※施注される医師の情報をご記入ください。

施設名	
科名	
施注医師名	

●本登録票は

- ・新規、継続にかかわらず、本剤投与の都度、毎回ご記入ください。
- ・投与予定日が決まったら、すみやかにFAXにてお送りください。
- ・1枚目をFAX後、医師用の控えとし、2枚目を薬剤部等へご提出ください。
- ・登録内容の変更やキャンセルが生じた場合は、該当箇所を修正の上、FAXを再度送信いただくかまたはお電話でご連絡ください。

●取得した「医師/患者の個人情報」はボトックスの承認条件に基づき、適正使用の確認のためにのみ使用いたします。

※登録票の記入内容について電話で確認させていただく場合がございます。

日中連絡可能な電話番号、ご担当者名、ご所属をご記入ください。

ご担当者名		ご所属		連絡先 (TEL)	
-------	--	-----	--	-----------	--

← 必須項目 (全項目をはみ出さないよう、すべてご記入ください。「□」は塗りつぶす「■」か、はみ出さないようにチェック「☑」を入れてください。 →

No.	患者 イニシャル (名・姓)		性別		生年月日			新規・継続		文書での 患者同意 (新規のみ)	投与予定日			使用予定 瓶数 ※整数で記入		適応症											カルテNo.等 (任意) 患者さんの判別に 必要な場合のみ ご記入ください。				
	男	女	年 (西暦)	月	日	新規	継続	取得済み または 当日取得	年 (西暦)		月	日	50 単位	100 単位	① 眼瞼 痙攣	② 片側 顔面 痙攣	③ 痙攣 斜頸	④ JCP *1	⑤ 上肢 痙攣	⑥ 下肢 痙攣	⑦ 腋窩 多汗症 *2	⑧ 斜視	⑨ 痙攣 性発声 障害	⑩ 過活動 膀胱 *3	⑪ 神経 因性 膀胱 *4						
例	H	S	男	女	1937	10	13	■	□	■	2022	12	1	250	1	2	□	□	□	□	■	■	□	□	□	□	□	□	□	□	
1			□	□				□	□	□	20						□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□		
2			□	□				□	□	□	20						□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□		
3			□	□				□	□	□	20						□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□		
4			□	□				□	□	□	20						□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□		
5			□	□				□	□	□	20						□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□		

\*1 JCP:2歳以上の小児脳性麻痺患者における下肢痙攣に伴う尖足、\*2 腋窩多汗症:重度の原発性腋窩多汗症、\*3 過活動膀胱:既存治療で効果不十分又は既存治療が適さない過活動膀胱における尿意切迫感、頻尿及び切迫性尿失禁、\*4 神経因性膀胱:既存治療で効果不十分又は既存治療が適さない神経因性膀胱による尿失禁

この登録票は複写式となっており、2枚目は記入された内容が不鮮明な場合がありますので、必ず1枚目をFAXしてください。

