



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「2. 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。」および用法・用量に関連する使用上の注意「(1)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・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。[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400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：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、弊社プライバシーポリシーに則って適切に取り扱います。

ボトックス患者登録に関するお問い合わせは カスタマー・ケア・センター 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)

記入見本

1枚目を下記FAX番号へご送信ください。

FAX:0120-198-799

FAX送信後医師用控え

(24時間受付)

ボトックス登録票 (確認リスト)

施注する医師ごとに登録票を分けて記入してください。

毎回ご記入ください。

とお送りください。

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およびご担当者名を記入してください。

記入日	2	0	2	0	年	4	月	1	日
-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

※施注される医師の情報をご記入ください。

施設名	GSK病院
科名	脳神経内科
施注医師名	山田太郎

初めて貴施設でボトックスを施注する患者さんには、必ず同意を取得し、マークしてください。

信いただくかまたはお電話でご連絡ください。ののためにのみ使用いたします。

※登録票の
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	鈴木太郎	ご所属	薬剤部	連絡先 (TEL)	03-111-2222
-------	-------------	-----	------------	-----------	--------------------

← 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)							
	H	S	男	女	年 (西暦)	月	日					新規	継続	年 (西暦)	月	日	投与予定単位数	50単位	100単位	① 眼瞼痙攣	② 片側顔面痙攣	③ 痙攣性斜頸		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
例	H	S	☐	■	1937	10	13	■	☐	■	2020	5	1	250	1	2	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
1			☐	☐				☐	☐	☐	20						☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
2			☐	☐				☐	☐	☐	20						☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
										20							☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

下記に該当する患者さんは“新規”となります。
 ・貴施設で初めて治療する場合 (他医療機関ですでに治療された患者さん含む)
 ・他適応疾患で治療中の患者さんを新たな適応疾患で治療する場合

投与予定単位数・製剤別瓶数を記入してください。

「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・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。」(添付文書より抜粋)
 上限を超えたご登録につきましては、弊社よりご確認させていただき、場合により出荷に制限がかかる場合がございます。

複数の適応症に使用する場合には該当する適応症すべてにマークをつけてください。

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

FAX送信後医師用控え

(24時間受付)

ボトックス登録票 (確認リスト)

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		適応症											カルテNo.等 (任意)			
	H	S	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 痙攣性斜頸	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	☐	■	1937	10	13	■	☐	■	2020	5	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。

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)

医療機関(薬剤部)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)											
			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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1	9	3	7	1	0	1	3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2	0	2	0	5	1	2	5	0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
1			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					2	0								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					2	0								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					2	0								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					2	0								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					2	0								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

*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。

【製造販売元】(輸入)

グラクソ・スミスクライン株式会社

〒107-0052 東京都港区赤坂1-8-1

文献請求先及び問い合わせ先

TEL:0120-561-703(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)