



# ボトックス登録票(確認リスト)

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、3カ月間のA型ボツリヌス毒素の累積投与量として360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360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。

## 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)、製品・疾患に関するお問い合わせ、担当MRとの連絡、関連資材のご請求を下記の番号で承ります。

**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)

# 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** (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	西暦 <b>2019</b> 年 <b>4</b> 月 <b>3</b> 日
施設名	<b>GSK病院</b>
科名	<b>神経内科</b>
施注医師名	<b>山田太郎</b>
登録票連絡 ご担当者名	<b>薬剤部.鈴木</b>
連絡先TEL	( <b>03</b> - <b>1111</b> - <b>2222</b> )

【眼科】

施注する医師ごとに登録票を分けて記入してください。

総投与単位数・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、3ヵ月間のA型ボツリヌス毒素の累積投与量として360単位を上限とする」(添付文書より抜粋)  
上限を超えた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こともございます。

・本登録票は投与を予定した時点で記入し、FAX後、医師用の控えとしてご提出ください。  
・本登録票は1枚目をFAX後、医師用の控えとしてご提出ください。  
・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およびご担当者名をご記入ください。

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、チェックしてください。

楷書で、全必須項目を漏れなくご記入ください。

[弊社記入欄]

No.	患者イニシャル (名・姓)	カルテ番号	性別	生年月日	新規 継続	投与予定日	総投与単位数		文書による 同意の取得 (新規の場合)	適応症名	登録番号
							使用予定瓶数				
1	T.S	100 □ なし	1. 男 2. 女	西暦 1972年 6月22日	1. 新規 2. 継続	西暦 2019年 4月17日	総投与単位数 <b>150</b> 単位		☑ あり	1. 眼瞼痙攣 2. 片側顔面痙攣 3. 痙攣性斜頸 4. JCP*	5. 上肢痙縮 6. 下肢痙縮 7. 腋窩多汗症** 8. 斜視 9. 痙攣性発声障害
							50単位 <b>1</b> 瓶				
							100単位 <b>1</b> 瓶				
2	.	□ なし	1. 男 2. 女	西暦 年 月 日	1. 新規 2. 継続	西暦 年 月 日	総投与単位数 _____ 単位		□ あり	1. 眼瞼痙攣 2. 片側顔面痙攣 3. 痙攣性斜頸 4. JCP*	5. 上肢痙縮 6. 下肢痙縮 7. 腋窩多汗症** 8. 斜視 9. 痙攣性発声障害
							50単位 _____ 瓶				
							100単位 _____ 瓶				

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。

・他医療機関で治療された患者さんでも、貴施設で初めて治療する場合には新規です。  
・貴施設において、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も新規です。

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○をつけてください。

\* JCP:2歳以上の小児脳性麻痺患者における下肢痙縮に伴う尖足、\*\* 腋窩多汗症:重度の原発性腋窩多汗症

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

ボトックスに関するお問い合わせ・資料請求先  
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)

# 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	西暦	年	月	日
施設名				
科名				
施注医師名				
登録票連絡 ご担当者名	連絡先TEL (      -      -      )			

**【眼瞼痙攣・片側顔面痙攣・痙性斜頸・JCP\*・上肢痙縮・下肢痙縮・重度の原発性腋窩多汗症・斜視・痙攣性発声障害】**

- ・本登録票は本剤投与の都度、毎回ご記入ください。
- ・本登録票は投与を予定した時点で記入し、FAXにてご送信ください。
- ・本登録票は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。
- ・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およびご担当者名をご記入ください。

(院内連絡事項等 記入欄)

楷書で、全必須項目を漏れなくご記入ください。

[弊社記入欄]

No.	患者イニシャル (名・姓)	カルテ番号	性別	生年月日	新規 継続	投与予定日	総投与単位数		文書による 同意の取得 (新規の場合)	適応症名	登録番号
							使用予定瓶数				
1	.	□ なし	1. 男 2. 女	西暦 年 月 日	1. 新規 2. 継続	西暦 年 月 日	総投与単位数 _____ 単位	□ あり	1. 眼瞼痙攣 2. 片側顔面痙攣 3. 痙性斜頸 4. JCP* 5. 上肢痙縮 6. 下肢痙縮 7. 腋窩多汗症** 8. 斜視 9. 痙攣性発声障害		
							50単位 _____ 瓶				
							100単位 _____ 瓶				
2	.	□ なし	1. 男 2. 女	西暦 年 月 日	1. 新規 2. 継続	西暦 年 月 日	総投与単位数 _____ 単位	□ あり	1. 眼瞼痙攣 2. 片側顔面痙攣 3. 痙性斜頸 4. JCP* 5. 上肢痙縮 6. 下肢痙縮 7. 腋窩多汗症** 8. 斜視 9. 痙攣性発声障害		
							50単位 _____ 瓶				
							100単位 _____ 瓶				
3	.	□ なし	1. 男 2. 女	西暦 年 月 日	1. 新規 2. 継続	西暦 年 月 日	総投与単位数 _____ 単位	□ あり	1. 眼瞼痙攣 2. 片側顔面痙攣 3. 痙性斜頸 4. JCP* 5. 上肢痙縮 6. 下肢痙縮 7. 腋窩多汗症** 8. 斜視 9. 痙攣性発声障害		
							50単位 _____ 瓶				
							100単位 _____ 瓶				
4	.	□ なし	1. 男 2. 女	西暦 年 月 日	1. 新規 2. 継続	西暦 年 月 日	総投与単位数 _____ 単位	□ あり	1. 眼瞼痙攣 2. 片側顔面痙攣 3. 痙性斜頸 4. JCP* 5. 上肢痙縮 6. 下肢痙縮 7. 腋窩多汗症** 8. 斜視 9. 痙攣性発声障害		
							50単位 _____ 瓶				
							100単位 _____ 瓶				

\* JCP:2歳以上の小児脳性麻痺患者における下肢痙縮に伴う尖足、\*\* 腋窩多汗症:重度の原発性腋窩多汗症

**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

ボトックスに関するお問い合わせ・資料請求先  
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)

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	西暦	年	月	日
施設名				
科名				
施注医師名				
登録票連絡 ご担当者名	連絡先TEL(        -        -        )			

**【眼瞼痙攣・片側顔面痙攣・痙性斜頸・JCP\*・上肢痙縮・下肢痙縮・重度の原発性腋窩多汗症・斜視・痙攣性発声障害】**

- ・本登録票は本剤投与の都度、毎回ご記入ください。
- ・本登録票は投与を予定した時点で記入し、FAXにてご送信ください。
- ・本登録票は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。
- ・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およびご担当者名をご記入ください。

(院内連絡事項等 記入欄)

楷書で、全必須項目を漏れなくご記入ください。

[弊社記入欄]

No.	患者イニシャル (名・姓)	カルテ番号	性別	生年月日	新規 継続	投与予定日	総投与単位数		文書による 同意の取得 (新規の場合)	適応症名	登録番号
							使用予定瓶数				
1	.	□ なし	1. 男 2. 女	西暦 年 月 日	1. 新規 2. 継続	西暦 年 月 日	総投与単位数 _____ 単位	□ あり	1. 眼瞼痙攣 2. 片側顔面痙攣 3. 痙性斜頸 4. JCP* 5. 上肢痙縮 6. 下肢痙縮 7. 腋窩多汗症** 8. 斜視 9. 痙攣性発声障害		
							50単位 _____ 瓶				
							100単位 _____ 瓶				
2	.	□ なし	1. 男 2. 女	西暦 年 月 日	1. 新規 2. 継続	西暦 年 月 日	総投与単位数 _____ 単位	□ あり	1. 眼瞼痙攣 2. 片側顔面痙攣 3. 痙性斜頸 4. JCP* 5. 上肢痙縮 6. 下肢痙縮 7. 腋窩多汗症** 8. 斜視 9. 痙攣性発声障害		
							50単位 _____ 瓶				
							100単位 _____ 瓶				
3	.	□ なし	1. 男 2. 女	西暦 年 月 日	1. 新規 2. 継続	西暦 年 月 日	総投与単位数 _____ 単位	□ あり	1. 眼瞼痙攣 2. 片側顔面痙攣 3. 痙性斜頸 4. JCP* 5. 上肢痙縮 6. 下肢痙縮 7. 腋窩多汗症** 8. 斜視 9. 痙攣性発声障害		
							50単位 _____ 瓶				
							100単位 _____ 瓶				
4	.	□ なし	1. 男 2. 女	西暦 年 月 日	1. 新規 2. 継続	西暦 年 月 日	総投与単位数 _____ 単位	□ あり	1. 眼瞼痙攣 2. 片側顔面痙攣 3. 痙性斜頸 4. JCP* 5. 上肢痙縮 6. 下肢痙縮 7. 腋窩多汗症** 8. 斜視 9. 痙攣性発声障害		
							50単位 _____ 瓶				
							100単位 _____ 瓶				

\* JCP:2歳以上の小児脳性麻痺患者における下肢痙縮に伴う尖足、\*\* 腋窩多汗症:重度の原発性腋窩多汗症

**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

ボトックスに関するお問い合わせ・資料請求先  
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)