フェントス®テープ慢性疼痛治療に対する処方に関する確認書

（患者様確認事項）

私は、処方医より疼痛治療のために使用するフェントス®テープについて、以下に記載された内容について説明を受け、理解しました。

1. 処方されるフェントス®テープは「麻薬及び向精神薬取締法」で規制されている医療用麻薬であること。
2. 家族や友人を含む他人へ譲り渡すことは違法であり、できないこと。
3. 紛失や盗難が生じた場合は、速やかに処方を受けた薬局に届け出ること。
4. 使わずに余った場合は処方医（医療機関）または薬局へ返却すること。
5. 海外渡航の際に許可なく所持して渡航することは違法であり、特別な許可が必要であること。
6. 処方医により決められた使用量を正しく使用し、勝手に増量および減量しないこと。
7. 処方医の判断で使用を中止する場合、指示に従って、減量さらに中止すること。
   ※突然中止すると、退薬症候という症状が現れることがあります。
8. 次のような副作用が起こる可能性があること。
   嘔気・嘔吐、便秘、眠気、呼吸抑制、依存など
9. 眠気やめまいが起こる可能性があるため、車の運転など危険な機械の操作は避けること。

確認日：　　年　　月　　日

お名前（患者様、自署）：

代諾者（代諾者様、自署）：　　（続柄）

（医師確認事項）

上記の患者様に関し、以下の事項を確認しました

1. 非オピオイド鎮痛剤および弱オピオイド鎮痛剤で治療困難な慢性疼痛であること。
2. 他のオピオイド鎮痛剤からの切り替えであること

確認日：　　年　　月　　日　　お名前（処方医、署名）：

お名前（処方医、印字）：

医療施設名（印字）：

連絡先（印字）：

患者様のお名前は、自署にしてください。なお、患者様自身の自署が困難な場合には、本人了承の上、代諾者の自署でお願いします。
本確認書は医療機関にて保管してください。
確認書の有効期限は確認日から1年間です。1年経過後は再度患者様に説明し、再発行をしてください。

切り取り線

確認書

フェントス®テープ処方時の確認書（患者様保管用）

フェントス®テープ慢性疼痛治療に対する処方に関する確認書

（患者様確認事項）

私は、処方医より疼痛治療のために使用するフェントス®テープについて、以下に記載された内容について説明を受け、理解しました。

1. 処方されるフェントス®テープは「麻薬及び向精神薬取締法」で規制されている医療用麻薬であること。
2. 家族や友人を含む他人へ譲り渡すことは違法であり、できないこと。
3. 紛失や盗難が生じた場合は、速やかに処方を受けた薬局に届け出ること。
4. 使わずに余った場合は処方医（医療機関）または薬局へ返却すること。
5. 海外渡航の際に許可なく所持して渡航することは違法であり、特別な許可が必要であること。
6. 処方医により決められた使用量を正しく使用し、勝手に増量および減量しないこと。
7. 処方医の判断で使用を中止する場合、指示に従って、減量さらに中止すること。
   ※突然中止すると、退薬症候という症状が現れることがあります。
8. 次のような副作用が起こる可能性があること。
   嘔気・嘔吐、便秘、眠気、呼吸抑制、依存など
9. 眠気やめまいが起こる可能性があるため、車の運転など危険な機械の操作は避けること。

確認日：　　年　　月　　日

お名前（患者様、自署）：

代諾者（代諾者様、自署）：　　（続柄）

（医師確認事項）

上記の患者様に関し、以下の事項を確認しました

1. 非オピオイド鎮痛剤および弱オピオイド鎮痛剤で治療困難な慢性疼痛であること。
2. 他のオピオイド鎮痛剤からの切り替えであること

確認日：　　年　　月　　日　　お名前（処方医、署名）：

お名前（処方医、印字）：

医療施設名（印字）：

連絡先（印字）：

患者様のお名前は、自署にしてください。なお、患者様自身の自署が困難な場合には、本人了承の上、代諾者の自署でお願いします。
お薬を受け取る際には、処方医と共に必ずお持ちいただき薬剤師に提示してください。
紛失した場合には医師に再発行を依頼してください。
確認書の有効期限は確認日から1年間です。1年経過後は医師に再発行を依頼してください。

第1版