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）使用報告書（ 　　年　　月分）

都道府県医師会提出用

様式２

医療機関名：

管理者名：

指定医師名：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年月日 | 購入数 |  | 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 |  | 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 |  |
|  | 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 |  | 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 |  |
|  | 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 |  | 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 |  |
|  | 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 |  | 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 |  |
|  | 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。