

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）

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)
				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		週 日	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	
				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		週 日	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	
				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		週 日	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	
				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		週 日	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	

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。