

ボトックス患者登録票

オンラインでの登録

<https://gskpro.com/ja-jp/products-info/botox/all/patient-registration/>



紙資源削減のため、オンラインでの登録もご検討ください。オンラインでご登録いただいた場合は本登録票のFAX送信は不要となります。(引き続き本登録票を用いたFAXでの登録も承っております。)

FAXでの登録: 0120-198-799 (患者登録票専用/24時間受付)

登録票の利用目的: ボトックスの承認条件に則り、講習・実技セミナー受講認定医師(資格取得医師)が投与を行うこと、および予定投与量が承認用量を超過していないことを確認するため等、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は、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、弊社プライバシー通知(<https://privacy.gsk.com/ja-jp/privacy-notice/general>)に則って適切に取り扱います。弊社プライバシー通知は右の二次元コードからも読み取り・閲覧することができます。



ボトックス患者登録に関するお問い合わせは 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)



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	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。
- 電子添文の用法及び用量を超える投与単位が記入されている場合などに、疑義照会のためにご連絡させていただく場合がございます。

※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 (男・女)	生年月日	新規・ 継続	文書での 患者同意 新規の患者さんのみ ご記入ください。	投与予定日	小児*1の体重 投与日に15歳未満 の患者さん(小児)は 体重をご記入ください。	適応症										予定 投与量 今回投与予定の 総単位数を ご記入ください。	使用予定 バイアル(瓶)数 整数でご記入ください。		備考(任意)		
	取得済 または当日取得	① 眼瞼 痙攣							② 片側 顔面 痙攣	③ 痙攣 斜頸	④ 上肢 痙攣	⑤ 下肢 痙攣	⑥ 腋窩 多汗症 *2	⑦ 斜視	⑧ 痙攣 性発声 障害 *3	⑨ 過活動 膀胱 *4	⑩ 神経 因性 膀胱 *4	100単位		50単位				
例	名 H	姓 S	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	(西暦) 2016年10月13日	<input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/>	(西暦) 2026年3月5日	<input type="checkbox"/> 34kg以上 <input checked="" type="checkbox"/> 34kg未満(30kg) <input type="checkbox"/> 該当せず(成人のため)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	250 単位	2 瓶	1 瓶	識別番号で管理される場合は本欄をご使用ください。その場合、患者イニシャル・性別・生年月日は、記載せず空欄にしてください。
1	名	姓	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	(西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/>	(西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 34kg以上 <input type="checkbox"/> 34kg未満(kg) <input type="checkbox"/> 該当せず(成人のため)	<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"/>	単位	瓶	瓶	
2	名	姓	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	(西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/>	(西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 34kg以上 <input type="checkbox"/> 34kg未満(kg) <input type="checkbox"/> 該当せず(成人のため)	<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"/>	単位	瓶	瓶	
3	名	姓	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	(西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/>	(西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 34kg以上 <input type="checkbox"/> 34kg未満(kg) <input type="checkbox"/> 該当せず(成人のため)	<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"/>	単位	瓶	瓶	
4	名	姓	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	(西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/>	(西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 34kg以上 <input type="checkbox"/> 34kg未満(kg) <input type="checkbox"/> 該当せず(成人のため)	<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"/>	単位	瓶	瓶	
5	名	姓	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	(西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/>	(西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 34kg以上 <input type="checkbox"/> 34kg未満(kg) <input type="checkbox"/> 該当せず(成人のため)	<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"/>	単位	瓶	瓶	

*1 2歳以上の上肢痙攣・下肢痙攣、及び12歳以上の斜視を除く適応では、小児を対象とする有効性及び安全性を指標とした臨床試験は実施していません。
 *2 重度の原発性腋窩多汗症
 *3 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 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ます。2枚目は記入された内容が不鮮明な場合があります。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。
- 電子添文の用法及び用量を超える投与単位が記入されている場合などに、疑義照会のためにご連絡させていただく場合がございます。

※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 (男・女)	生年月日	新規・ 継続	文書での 患者同意 新規の患者さんのみ ご記入ください。	投与予定日	小児*1の体重 投与日に15歳未満 の患者さん(小児)は 体重をご記入ください。	適応症										予定 投与量 今回投与予定の 総単位数を ご記入ください。	使用予定 バイアル(瓶)数 整数でご記入ください。		備考(任意)		
	取得済 または当日取得	① 眼瞼 痙攣							② 片側 顔面 痙攣	③ 痙攣 斜頸	④ 上肢 痙攣	⑤ 下肢 痙攣	⑥ 腋窩 多汗症 *2	⑦ 斜視	⑧ 痙攣 性発声 障害 *3	⑨ 過活動 膀胱 *4	⑩ 神経 因性 膀胱 *4	100単位		50単位				
例	名 H	姓 S	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	(西暦) 2016年10月13日	<input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/>	(西暦) 2026年3月5日	<input type="checkbox"/> 34kg以上 <input checked="" type="checkbox"/> 34kg未満(30kg) <input type="checkbox"/> 該当せず(成人のため)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	250 単位	2 瓶	1 瓶	識別番号で管理される場合は本欄をご使用ください。その場合、患者イニシャル・性別・生年月日欄は、記載せず空欄にしてください。
1	名	姓	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	(西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/>	(西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 34kg以上 <input type="checkbox"/> 34kg未満(kg) <input type="checkbox"/> 該当せず(成人のため)	<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"/>	単位	瓶	瓶	
2	名	姓	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	(西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/>	(西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 34kg以上 <input type="checkbox"/> 34kg未満(kg) <input type="checkbox"/> 該当せず(成人のため)	<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"/>	単位	瓶	瓶	
3	名	姓	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	(西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/>	(西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 34kg以上 <input type="checkbox"/> 34kg未満(kg) <input type="checkbox"/> 該当せず(成人のため)	<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"/>	単位	瓶	瓶	
4	名	姓	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	(西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/>	(西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 34kg以上 <input type="checkbox"/> 34kg未満(kg) <input type="checkbox"/> 該当せず(成人のため)	<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"/>	単位	瓶	瓶	
5	名	姓	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	(西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/>	(西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 34kg以上 <input type="checkbox"/> 34kg未満(kg) <input type="checkbox"/> 該当せず(成人のため)	<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"/>	単位	瓶	瓶	

*1 2歳以上の上肢痙攣・下肢痙攣、及び12歳以上の斜視を除く適応では、小児を対象とする有効性及び安全性を指標とした臨床試験は実施していません。
 *2 重度の原発性腋窩多汗症
 *3 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 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ます。2枚目は記入された内容が不鮮明な場合があります。必ず1枚目をFAXしてください。