

ゼオメイン管理システム 医師用マニュアル

2026年6月

目次

| | | | |
|----|-------------|-------|------|
| 0. | 前提 | | p.3 |
| 1. | ログイン | | p.4 |
| 2. | 新規患者登録 | | p.9 |
| 3. | 継続投与 | | p.16 |
| 4. | 患者情報編集 | | p.23 |
| 5. | ユーザー情報編集 | | p.30 |
| 6. | 資格追加 | | p.35 |
| 7. | パスワードを忘れた場合 | | p.36 |
| 8. | 患者一覧の印刷 | | p.43 |

0.前提

【帝人ファーマ ゼオメイン管理システム】ご利用手続き完了のお知らせ



info@xeomin-system.jp

2020/09/02 (水) 19:15

宛先: [REDACTED]

帝人太郎 様

ゼオメイン管理システムのご利用手続きが完了いたしました。
下記URLにアクセスいただき、患者登録を行っていただくことが可能です。

ログインURL

<https://xeomin-system.jp/doctor/login/top>

ログインID: [REDACTED]

パスワード: [REDACTED]

※本メールは送信専用アドレスからお送りしています。返信いただいてもお受けできませんので、ご了承ください。
ご不明な点などございましたら、お手数ですがゼオメインサポートセンターまで、ご連絡いただきますようお願い申し上げます。

ゼオメインサポートセンター

0120-769579

受付時間 平日9:00~17:00 (土・日・祝日・年末年始を除く)

※携帯電話・PHSからもご利用いただけます。

※お電話の内容は正確に対応するために、録音させていただいております。

返信 | 転送



講習修了等、申請手続きが完了しており、「【帝人ファーマ ゼオメイン管理システム】ご利用手続き完了のお知らせ」を受信している前提となります。

1.ログイン

TEIJIN

[ログアウト](#)

ゼオメイン®管理システム Login

※本管理システムは、ゼオメイン®施注資格登録済みの医師（登録認定医）、および登録認定医が所属する医療関係者のみご利用いただけます。
※資格登録をお済みでない医師の方は[こちら](#)

ID

パスワード

※パスワードを忘れた方は[こちら](#)
※ゼオメイン管理システムマニュアルは[こちら](#)
医師の方向け 医療機関の方向け

Login

メールに記載してある
ログインID/パスワードを
入力しログイン。

※画面は開発中のものです

1.ログイン

ゼオマイン®管理システム

初回ログイン パスワード変更

初回ログイン時に、必ずパスワードの変更をお願いしています。
新しいパスワードの設定をお願いいたします。

新しいパスワード

※半角英数字8文字以上、16文字以下で設定してください。

新しいパスワード (確認)

※半角英数字8文字以上、16文字以下で設定してください。

送信

初回ログイン時は必ずパスワードの変更が求められます。

1.ログイン

様

所属医療機関一覧

施注を行う施設を選択してください。

施設削除

施設削除

※所属病院一覧は株式会社日本アルトマークが管理しているメディカルデータベースに登録されている施設が掲載されます。背景色付きの施設は、登録時に施注予定施設として登録いただいた施設です。

所属病院一覧に、施注を行いたい施設が表示されていない場合、下記リンクより申請を行ってください。

所属施設検索

情報が反映されるまではFAXでの患者登録にご協力いただきま

を締結し、メディカルデータベース（MDB）会員となっています。MDBは、株式会社企業各社と共同利用しています。MDBの内容や利用目的については、同社のホームページ

[\[株式会社日本アルトマークホームページ\]](#)

所属施設情報は株式会社日本アルトマークのメディカルデータベース（MDB）に基づいて表示されています。異動などにより反映がされていない場合は、「所属施設検索」から情報をお送りください。

実際に施注を行う施設名を選択してください
なお、大学附属病院など同一施設を表す名称が複数ある場合は背景付きの施設をお選びください。

背景付きの施設は、施注医師登録時に施注予定施設としてご登録いただいた施設です。

1.ログイン

所属施設検索画面



様

[ログアウト](#)

ゼオマイン[®]管理システム

所属施設検索 入力

施設名

病院

追加を行いたい施設名をできる限り
正式名称でご記入ください。

所属施設を検索

[所属施設一覧へ](#)

1.ログイン

所属施設検索 確認画面

様 ホーム | ログアウト

ゼオマイン®管理システム

所属施設検索 確認

| 施設名 | 診療科名 | 施設住所 | |
|------|------|-------------|----|
| 〇〇病院 | 内科 | 東京都〇〇区~~~~~ | 追加 |
| 〇〇病院 | 外科 | 東京都〇〇区~~~~~ | 追加 |
| 〇〇病院 | 内科 | 東京都〇〇区~~~~~ | 追加 |

一覧より該当の施設を追加できます。

所属施設検索 完了画面

様 ログアウト

ゼオマイン®管理システム

所属施設検索 完了

施設の追加が完了しました。

所属施設一覧へ

施設の追加を行いますか、よろしいでしょうか？

いいえ

はい

2.患者登録



ゼオマイン®管理システム

メニュー

A light blue rectangular area containing two menu items. The left item has a circular icon of a person's head and shoulders, the title '投与患者一覧', and the description '投与申請や患者情報の確認を行います。'. Below it is a red button labeled '患者一覧'. The right item has a circular icon of a person's head and shoulders, the title 'ユーザー情報編集', and the description 'パスワードやメールアドレス等の変更ができます。'. Below it is a white button labeled 'ユーザー情報編集'.

「患者一覧」を選択

所属施設一覧へ

2.新規患者登録

様

[ホーム](#) | [ログアウト](#)

様

患者識別番号

投与予定日

 ~

検索

表示項目

患者識別番号 担当医師 総投与量 投与予定日 投与単位 ステータス



新規に患者を登録
する場合はこちら

新規患者登録

「新規患者登録」を選択

ゼオマイン®管理システム

新規患者登録・投与申請 入力

2.新規患者登録

患者情報

患者ID (登録後自動採番されます)

患者識別番号

患者識別番号は、10桁以内の英数字（個人情報を含まないもの）を自由にご記入ください。
 個人ファーマから問合せがあった際に、貴施設にて患者様の特定が可能な番号をご登録ください。

患者への同意書取得

上下肢痙縮

投与予定情報

適応症

- 上肢痙縮 投与量 100 単位 ※上限400単位
- 下肢痙縮 投与量 100 単位 ※上限400単位
- 慢性流涎 投与量 0 単位 ※上限400単位

①総投与量 200 単位

※上肢痙縮、下肢痙縮同時投与の場合、合計800単位まで(上肢痙縮400単位、下肢痙縮400単位)
 ※上肢痙縮または下肢痙縮と慢性流涎の同時投与は避けること

製剤別瓶数 総投与量に合わせて瓶数を選択ください。
 なお、貴施設の採用規格や①総投与量の端数により
 ②総投与単位が多少大きくなることは差し支えがありません。

50単位 2 瓶 100単位 2 瓶 200単位 0 瓶

②総投与単位 300 単位

投与予定日 2025/06/19

■患者識別番号
 個人情報の収集を避けるため、名前やイニシャルのご入力をご遠慮いただいております。

施注資格を取得されている、適応症から選択できるようになります。

■適応症の選択と同意書の有無
 適応症をチェックすると項目が表示されます。
 患者様へは必ず同意書の取得を行い、チェックを入れてください。
 <ゼオマイン®筋注用添付文書 8.重要な基本的注意>

投与申請履歴

| No. | 部位 | 総投与量 | 50単位 | 100単位 | 200単位 | 投与予定日 | ステータス |
|-----|----|------|------|-------|-------|-------|-------|
|-----|----|------|------|-------|-------|-------|-------|

この患者IDには
 現在投与申請履歴がありません

確認画面へ

患者一覧へ

ゼオマイン®管理システム

新規患者登録・投与申請 入力

2.新規患者登録

患者情報

患者ID (登録後自動採番されます)

患者識別番号

※患者識別番号は、10桁以内の英数字（個人情報を含まないもの）を自由にご記入ください。
 ※帝人ファーマから問合せがあった際に、貴施設にて患者様の特定が可能な番号をご登録ください。

患者への同意書取得

上下肢痙縮 担当医師：
記入者：

投与予定情報

| 適応症 | 投与量 | 単位 |
|--|------|----------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 上肢痙縮 | 100 | ※上限400単位 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 下肢痙縮 | 100 | ※上限400単位 |
| <input type="checkbox"/> 慢性流涎 | 半角数字 | ※上限100単位 |
| ①総投与量 | | 200 単位 |

※上肢痙縮、下肢痙縮同時投与の場合、合計800単位まで(上肢痙縮400単位、下肢痙縮400単位)
 ※上肢痙縮または下肢痙縮と慢性流涎の同時投与は避けること

製剤別瓶数

総投与量に合わせて瓶数を選択ください。
 なお、貴施設の採用規格や①総投与量の端数により
 ②総投与単位が多少大きくなることは差し支えありません。

| | | | | | | | |
|---------------|---|---|-------|---|---|-------|---|
| 50単位 | 2 | 瓶 | 100単位 | 2 | 瓶 | 200単位 | 0 |
| ②総投与単位 300 単位 | | | | | | | |

投与予定日

2025/06/19

投与申請履歴

| No. | 部位 | 総投与量 | 50単位 | 100単位 | 200単位 | 投与予定日 | ス |
|-----|----|------|------|-------|-------|-------|---|
|-----|----|------|------|-------|-------|-------|---|

この患者IDには
 現在投与申請履歴がありません

確認画面へ

患者一覧へ

■投与量の入力
 何単位投与予定か入力してください。なお、上肢痙縮および下肢痙縮への投与量はそれぞれ合計400単位です。上肢痙縮および下肢痙縮に同時投与する場合、1回あたりの投与量は合計800単位までです。
 <ゼオマイン®筋注用添付文書 6.用法及び用量/7.用法及び用量に関連する注意>

■製剤別瓶数の入力
 ①総投与量に合わせて50,100,200単位から瓶数を選択してください。
 ①総投与量 ≤ ②総投与単位 となるように入力してください。

投与上限について
 上肢：400単位以内
 下肢：400単位以内
 上下肢：800単位以内
 ※部位別投与量は400単位まで

■投与予定日
 患者様へ投与を行う予定日をご入力ください。

ゼオメイン®管理システム

新規患者登録・投与申請 入力

2.新規患者登録

患者情報

患者ID (登録後自動採番されます)

患者識別番号

※患者識別番号は、10桁以内の英数字（個人情報を含まないもの）を自由にご記入ください。
※帝人ファーマから問合せがあった際に、貴施設にて患者様の特定が可能な番号をご登録ください。

患者への同意書取得

上下肢痙縮 担当医師：
記入者：

投与予定情報

適応症 上肢痙縮 投与量 単位 ※上限400単位
 下肢痙縮 投与量 単位 ※上限400単位
 慢性流涎 投与量 単位 ※上限100単位
①総投与量 単位

※上肢痙縮、下肢痙縮同時投与の場合、合計800単位まで(上肢痙縮400単位、下肢痙縮400単位)
※上肢痙縮または下肢痙縮と慢性流涎の同時投与は避けること

製剤別瓶数 総投与量に合わせて瓶数を選択ください。
なお、貴施設の採用規格や①総投与量の端数により
②総投与単位が多少大きくなることは差し支えがありません。

50単位 瓶 100単位 瓶 200単位 瓶

②総投与単位 300 単位

投与予定日

投与申請履歴

| No. | 部位 | 総投与量 | 50単位 | 100単位 |
|-----|----|------|------|-------|
|-----|----|------|------|-------|

この患者IDには
現在投与申請履歴がありません

申請内容に誤りがないかご確認いただいた上で、
申請をお願いします。

[確認画面へ](#)[患者一覧へ](#)

2.新規患者登録

確認画面

 様 [ログアウト](#)

ゼオマイン®管理システム

新規患者登録・投与申請 確認

患者情報

患者ID (登録後自動採番されます)

患者識別番号 aaaaaaaaa

※患者識別番号は、10桁以内の英数字（個人情報を含まないもの）を自由にご記入ください。
※帝人ファーマから問合せがあった際に、貴施設にて患者様の特定が可能な番号をご登録ください。

患者への同意書取得

上下肢痙縮

担当医師：
記入者：

投与予定情報

| 適応症 | 投与量 | 単位 |
|--|------|----------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 上肢痙縮 | 100 | ※上限400単位 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 下肢痙縮 | 100 | ※上限400単位 |
| <input type="checkbox"/> 慢性流涎 | 半角数字 | ※上限100単位 |
| ①総投与量 | | 200 単位 |

製剤別瓶数 50単位 2 瓶 100単位 2 瓶 200単位 0 瓶

投与予定日 2025/06/19

投与申請履歴

| No. | 部位 | 総投与量 | 50単位 | 100単位 | 200単位 | 投与予定日 | ステータス |
|----------------------------|----|------|------|-------|-------|-------|-------|
| この患者IDには 現在投与申請履歴がありません | | | | | | | |

[患者登録・投与申請を行う](#)

[戻る](#)

完了画面

 様 [ホーム](#) | [ログアウト](#)

ゼオマイン®管理システム

新規患者登録・投与申請 完了

新規患者登録・投与申請を受け付けました。
2~3営業日以内に帝人ファーマ事務局にて申請内容に不備がないか確認し、承認作業を行います。
不備があった場合は、担当MRよりご連絡差し上げます。

[患者一覧へ](#)

申請内容に再度誤りがないかご確認いただいた上で、申請をお願いします。

2.新規患者登録

様

患者識別番号

投与予定日 ~

表示項目

患者識別番号 担当医師 総投与量 投与予定日 投与単位 ステータス



新規に患者を登録
する場合はこちら

新規患者登録

投与患者一覧

※患者詳細欄の「編集」をクリックすると投与申請内容の修正が可能です。

製剤別瓶数 50単位：9瓶 100単位：9瓶 200単位：0瓶

| 患者識別番号 | 担当医師 | 総投与量 | 投与予定日 | ステータス | 50単位 | 100単位 | 200単位 | 患者詳細 | 継続投与申請 |
|----------|------|------|-------------|-------|------|-------|-------|--------------------|-------------------------------------|
| aaaaaaaa | | 200 | 2025年06月19日 | 承認依頼中 | 2 | 2 | 0 | 編集 | <input type="button" value="投与申請"/> |

新規患者登録・投与申請が承認されているとステータスが「承認」となります。

3. 継続投与

ゼオマイン®管理システム

メニュー

投与患者一覧

ユーザー情報編集

投与申請や患者情報の確認を行います。

パスワードやメールアドレスを変更がで

患者一覧

ユーザー情報編集

「患者一覧」を選択

[所属施設一覧へ](#)



3. 継続投与



様



患者識別番号 投与予定日 ~

表示項目

患者識別番号 担当医師 総投与量 投与予定日 投与単位 ステータス

過去に登録を行った患者様については患者識別番号もしくは投与予定日で検索し、絞り込んだうえで表示することができます。

新規に患者を登録する場合はこちら

投与患者一覧

※患者詳細欄の「編集」をクリックすると投与申請内容の修正が可能です。

製剤別瓶数 50単位：9瓶 100単位：9瓶 200単位：0瓶

| 患者識別番号 | 担当医師 | 総投与量 | 投与予定日 | ステータス | 50単位 | 100単位 | 200単位 | 患者詳細 | 継続投与申請 |
|----------|------|------|-------------|-------|------|-------|-------|--------------------|-------------------------------------|
| aaaaaaaa | | 200 | 2025年06月19日 | 承認依頼中 | 2 | 2 | 0 | 編集 | <input type="button" value="投与申請"/> |

3. 継続投与

様

患者識別番号 投与予定日 ~

表示項目

患者識別番号 担当医師 総投与量 投与予定日 投与単位 ステータス

過去に登録を行った患者様については一覧に表示されます。継続投与の場合は継続投与申請欄から「投与申請」を選択してください。

投与患者一覧

※患者詳細欄の「編集」をクリックすると投与申請内容の修正が可能です。

製剤別瓶数 50単位：9瓶 100単位：9瓶 200単位：0瓶

| 患者識別番号 | 担当医師 | 総投与量 | 投与予定日 | ステータス | 50単位 | 100単位 | 200単位 | 患者詳細 | 継続投与申請 |
|----------|---|------|-------------|-------|------|-------|-------|--------------------|-------------------------------------|
| aaaaaaaa |  | 200 | 2025年06月19日 | 承認依頼中 | 2 | 2 | 0 | 編集 | <input type="button" value="投与申請"/> |

ゼオマイン®管理システム

患者詳細・継続投与申請 入力

3.継続投与

患者情報 [患者情報を編集](#)

患者ID PA155227

患者識別番号 aaaaaaaa

※患者識別番号は、10桁以内の英数字（個人情報を含まないもの）を自由にご記入ください。

※帝人ファーマから問合せがあった際に、貴施設にて患者様の特定が可能な番号をご登録ください。

患者への同意書取得

担当医師:



記入者:

投与予定情報

適応症 上肢痙縮 投与量 単位 ※上限400単位

下肢痙縮 投与量 単位 ※上限400単位

慢性流涎 投与量 単位 ※上限100単位

①総投与量 単位

患者識別番号をご確認いただいた上で、
投与予定情報のご入力をお願いします。

②総投与単位が多少大きくなることは差し支えがありません。

50単位 瓶 100単位 瓶 200単位 瓶

②総投与単位 単位

投与予定日

投与申請履歴

| No. | 部位 | 総投与量 | 50単位 | 100単位 | 200単位 | 投与予定日 | ステータス |
|-----|-----|------|------|-------|-------|------------|-------|
| 1 | 上下肢 | 200 | 2 | 2 | 0 | 2025/06/19 | 承認依頼中 |

確認画面へ

患者一覧へ



様

[ログアウト](#)

ゼオメイン®管理システム

患者詳細・継続投与申請 入力

3.継続投与

患者情報 [患者情報を編集](#)

患者ID PA155227

患者識別番号 aaaaaaaaa

※患者識別番号は、10桁以内の英数字（個人情報を含まないもの）を自由にご記入ください。

※帝人ファーマから問合せがあった際に、貴施設にて患者様の特定が可能な番号をご登録ください。

患者への同意書取得

上下肢痙縮

担当医師：



記入者：

継続投与の場合でも、2021年6月以前に「上肢」への投与をしていて、新たに「下肢」「上下肢」への投与を行う場合は、患者に対して「上下肢痙縮治療の同意書」の取得が必要です。

投与予定情報

| | | | | | |
|-----|--|-------|-----------------------------------|----|----------|
| 適応症 | <input type="checkbox"/> 上肢痙縮 | 投与量 | <input type="text" value="半角数字"/> | 単位 | ※上限400単位 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 下肢痙縮 | 投与量 | <input type="text" value="半角数字"/> | 単位 | ※上限400単位 |
| | <input type="checkbox"/> 慢性流涎 | 投与量 | <input type="text" value="半角数字"/> | 単位 | ※上限100単位 |
| | | ①総投与量 | <input type="text" value="0"/> | 単位 | |

※上肢痙縮、下肢痙縮同時投与の場合、合計800単位まで(上肢痙縮400単位、下肢痙縮400単位)

※上肢痙縮または下肢痙縮と慢性流涎の同時投与は避けること

製剤別瓶数 総投与量に合わせて瓶数を選択ください。
 なお、貴施設の採用規格や①総投与量の端数により
 ②総投与単位が多少大きくなることは差し支えありません。

50単位 瓶 100単位 瓶 200単位 瓶

②総投与単位 0 単位

投与申請履歴

| No. | 部位 | 総投与量 | 50単位 | 100単位 | 200単位 | 投与予定日 | ステータス |
|-----|-----|------|------|-------|-------|------------|-------|
| 1 | 上下肢 | 200 | 2 | 2 | 0 | 2025/06/19 | 承認依頼中 |

[確認画面へ](#)[患者一覧へ](#)



ゼオマイン®管理システム

患者詳細・継続投与申請 入力

3.継続投与

患者情報 [患者情報を編集](#)

患者ID PA155227

患者識別番号 aaaaaaaa

※患者識別番号は、10桁以内の英数字（個人情報を含まないもの）を自由にご記入ください。

※帯人ファーマから問合せがあった際に、貴施設にて患者様の特定が可能な番号をご登録ください。

患者への同意書取得

上下肢痙縮 担当医師：
記入者：

投与予定情報

適応症 上肢痙縮 投与量 半角数字 単位 ※上限400単位 下肢痙縮 投与量 100 単位 ※上限400単位 慢性流涎 投与量 半角数字 単位 ※上限100単位

①総投与量 100 単位

※上肢痙縮、下肢痙縮同時投与の場合、合計800単位まで(上肢痙縮400単位、下肢痙縮400単位)

※上肢痙縮または下肢痙縮と慢性流涎の同時投与は避けること

製剤別瓶数 総投与量に合わせて瓶数を選択ください。

なお、貴施設の採用規格や①総投与量の端数により

②総投与単位が多少大きくなることは差し支えがありません。

50単位 0 瓶 100単位 1 瓶 200単位 0 瓶

②総投与単位 100 単位

投与予定日 2025/06/26 直近の投与予定日から7日後

投与申請履歴

| No. | 部位 | 総投与量 | 50単位 | 100単位 | 200単位 |
|-----|-----|------|------|-------|-------|
| 1 | 上下肢 | 200 | 2 | 2 | 0 |

申請内容に誤りがないかご確認いただいた上で、申請を行ってください。

[確認画面へ](#)[患者一覧へ](#)

3. 継続投与

確認画面

様 [ログアウト](#)

ゼオマイン®管理システム

継続投与申請 確認

患者情報

患者ID PA155227

患者識別番号 aaaaaaaa

※患者識別番号は、10桁以内の英数字（個人情報を含まないもの）を自由にご記入ください。
※帝人ファーマから問合せがあった際に、貴施設にて患者様の特定が可能な番号をご登録ください。

患者への同意書取得

上下肢痙縮

担当医師：
記入者：

投与予定情報

| | | | | | |
|-----|--|-----|------|----|----------|
| 適応症 | <input type="checkbox"/> 上肢痙縮 | 投与量 | 半角数字 | 単位 | ※上限400単位 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 下肢痙縮 | 投与量 | 100 | 単位 | ※上限400単位 |
| | <input type="checkbox"/> 慢性流涎 | 投与量 | 半角数字 | 単位 | ※上限100単位 |
| | ①総投与量 | | 100 | 単位 | |

| | | | | | | | | | |
|-------|------|---|---|-------|---|---|-------|---|---|
| 製剤別瓶数 | 50単位 | 0 | 瓶 | 100単位 | 1 | 瓶 | 200単位 | 0 | 瓶 |
|-------|------|---|---|-------|---|---|-------|---|---|

| | |
|-------|------------|
| 投与予定日 | 2025/06/26 |
|-------|------------|

投与申請履歴

| No. | 部位 | 総投与量 | 50単位 | 100単位 | 200単位 | 投与予定日 | ステータス |
|-----|-----|------|------|-------|-------|------------|-------|
| 1 | 上下肢 | 200 | 2 | 2 | 0 | 2025/06/19 | 承認依頼中 |

継続投与申請を行う

戻る

申請内容に再度誤りがないかご確認いただいた上で、申請をお願いします。

完了画面

様 [ログアウト](#)

ゼオマイン®管理システム

継続投与申請 完了

継続投与申請を受け付けました。
2~3営業日以内に帝人ファーマ事務局にて申請内容に不備がないか確認し、承認作業を行います。
不備があった場合は、担当MRよりご連絡差し上げます。

患者一覧へ

4.患者情報変更 (患者識別番号)

様

患者識別番号 投与予定日

 ~

表示項目

患者識別番号 担当医師 総投与量 投与予定日 投与申請

患者識別番号の変更を行いたい患者様の「投与申請」を選択してください。

+ 新規に患者を登録
する場合はこちら

投与患者一覧

※患者詳細欄の「編集」をクリックすると投与申請内容の修正が可能です。

製剤別瓶数 50単位：9瓶 100単位：9瓶 200単位：0瓶

| 患者識別番号 | 担当医師 | 総投与量 | 投与予定日 | ステータス | 50単位 | 100単位 | 200単位 | 患者詳細 | 継続投与申請 |
|----------|------|------|-------------|-------|------|-------|-------|--------------------|-------------------------------------|
| aaaaaaaa | | 200 | 2025年06月19日 | 承認依頼中 | 2 | 2 | 0 | 編集 | <input type="button" value="投与申請"/> |

4.患者情報変更（患者識別番号）



様

[ログアウト](#)

ゼオマイン®管理システム

患者詳細・継続投与申請 入力

「患者情報を編集」を選択してください。

患者情報

患者情報を編集

投与予定情報

患者ID

PA155227

患者識別番号

aaaaaaaa

適応症

上肢痙縮

投与量

半角数字

単位 ※上限400単位

4.患者情報変更（患者識別番号）

TEIJIN

帝人太郎 様 ログアウト

ゼオマイン[®]管理システム

患者情報編集 入力

患者情報

患者ID
PA222279

患者識別番号

test0001

※患者識別番号は20文字以内でご指定ください。
※名前やイニシャルなどでの登録はご遠慮ください。

患者への同意書の取得

患者識別番号の変更を行った上で、「変更する」を選択してください。

戻る

変更する

4.患者情報変更（患者識別番号）



様

[ログアウト](#)

ゼオマイン®管理システム

患者詳細・継続投与申請 入力

患者情報 [患者情報を編集](#)

投与予定情報

患者ID PA155227

患者識別番号 test0001

情報が反映されました
※確認画面はありません。

※患者識別番号は、10桁以内の英数字（個人情報の）を自由にご記入ください。

※帝人ファーマから問合せがあった際に、貴施設にて患者様の特定が可能な番号をご登録ください。

上肢痙縮 投与量 半角数字 単位 ※上限400単位

下肢痙縮 投与量 半角数字 単位 ※上限400単位

慢性流涎 投与量 半角数字 単位 ※上限100単位

4.患者情報変更 (申請内容)

様



様

[ホーム](#) | [ログアウト](#)

患者識別番号

投与予定日

 ~

検索

表示項目



患者識別番号



担当医師



総投与量



投与予定日



投与単位



ステータス

投与患者一覧

※患者詳細欄の「編集」をクリックすると投与申請内容の修正が可能です。

製剤別瓶数

50単位：9瓶 100単位：9瓶 200単位：0瓶

| 患者識別番号 | 担当医師 | 総投与量 | 投与予定日 | ステータス | 50単位 | 100単位 | 200単位 | 患者詳細 | 継続投与申請 |
|----------|------|------|-------------|-------|------|-------|-------|------|--------|
| aaaaaaaa | | 200 | 2025年06月19日 | 承認依頼中 | 2 | 2 | 0 | 編集 | 投与申請 |

投与申請変更を行いたい患者様の「編集」を選択してください。

4.患者情報変更 (申請内容)

ゼオメイン®管理システム

患者詳細編集 入力

患者情報

患者ID PA155227

患者識別番号 test0001

※患者識別番号は、10桁以内の英数字（個人情報を含まないもの）を自由にご記入ください。

※帝人ファーマから問合せがあった際に、貴施設にて患者様の特定が可能な番号をご登録ください。

患者への同意書取得

上下肢痙縮

担当医師：
記入者：

投与予定情報

適応症 上肢痙縮 投与量 半角数字 単位 ※上限400単位
 下肢痙縮 投与量 100 単位 ※上限400単位
 慢性流涎 投与量 半角数字 単位 ※上限100単位
 ①総投与量 100 単位

申請された情報が表示されますので
変更したい箇所を修正可能です。

製剤別

50単位 0 瓶 100単位 1 瓶 200単位 0 瓶

②総投与単位 100 単位

投与予定日 2025/06/26

投与申請履歴

| No. | 部位 | 総投与量 | 50単位 | 100単位 | 200単位 | 投与予定日 | ステータス |
|-----|-----|------|------|-------|-------|------------|-------|
| 2 | 下肢 | 100 | 0 | 1 | 0 | 2025/06/26 | 承認依頼中 |
| 1 | 上下肢 | 200 | 2 | 2 | 0 | 2025/06/19 | 承認依頼済 |

再申請する

投与中止する

修正後、再申請ボタンをクリックしてください。

[患者一覧へ](#)

4.患者情報変更（申請内容）

なお、貴施設の採用規格や

投与の再申請を行いますか？

いいえ

はい

確認アラートが表示されますので、再申請する場合は「はい」を選択してください。

単位

5.ユーザー情報編集

様 [ホーム](#) | [ログアウト](#)

ゼオマイン®管理システム

メニュー



投与患者一覧

投与申請や患者情報の確認を行います。

[患者一覧](#)



ユーザー情報編集

パスワードやメールアドレスの変更ができます。

[ユーザー情報編集](#)

「ユーザー情報編集」を選択

[所属施設一覧へ](#)

5.ユーザー情報編集

ゼオメイン®管理システム

ユーザー情報編集 入力

パスワード

古いパスワード

新しいパスワード

※半角英数字8文字以上、16文字以下で設定してください。

新しいパスワード (確認)

※半角英数字8文字以上、16文字以下で設定してください。

ご登録中のメールアドレス

※メールアドレスを変更する場合は、以下に新しいメールアドレスを入力してください。

新しいメールアドレスの登録

メールアドレス

※ドメイン指定受信設定を行っている方は@xeomin-system.jpからのメールが受け取れるよう設定をお願いいたします。

メールアドレス (確認)

※ドメイン指定受信設定を行っている方は@xeomin-system.jpからのメールが受け取れるよう設定をお願いいたします。

■施注予定施設 (複数ある場合のみ) 任意

施注する施設が複数ある場合は、医療施設名をすべてご記入ください。

バイト先第一病院
バイト先第二病院

変更できる項目は、以下の3項目です。

- ・パスワード
- ・メールアドレス
- ・施注予定施設

※「施注予定施設」の変更を行った場合は、担当MRへとお知らせください。

5.ユーザー情報編集

TEIJIN

帝人太郎 様 ログアウト

ゼオメイン[®]管理システム
ユーザー情報編集 確認

パスワード

古いパスワード

新しいパスワード

新しいパスワード (確認)

ご登録中のメールアドレス

新しいメールアドレスの登録

メールアドレス

メールアドレス (確認)

■施設予定施設 (複数ある場合のみ) 任意

バイト先第一病院
バイト先第二病院
バイト先第三病院

内容に誤りがないかご確認いただいた上で、登録を行ってください。

5.ユーザー情報編集

TEIJIN

帝人太郎 様 [ホーム](#) | [ログアウト](#)

ゼオメイン®管理システム

ユーザー情報編集 完了

ユーザー情報の編集が完了しました。

[メニュー一覧へ](#)

5.ユーザー情報編集

【帝人ファーマ ゼオメイン管理システム】医師登録情報変更のご連絡



info@xeomin-system.jp

2020/09/04 (金) 12:36

宛先: [REDACTED]

このメールは帝人ファーマゼオメイン管理システムから医師登録情報の変更処理を行った医療関係者に送付しております。

登録情報が変更されましたのでご連絡申し上げます。

※本メールは送信専用アドレスからお送りしています。返信いただいてもお受けできませんので、ご了承ください。
ご不明な点などございましたら、お手数ですがゼオメインサポートセンターまで、ご連絡いただきますようお願い申し上げます。

ゼオメインサポートセンター

0120-769579

受付時間 平日9:00~17:00 (土・日・祝日・年末年始を除く)

※携帯電話・PHSからもご利用いただけます。

※お電話の内容は正確に対応するために、録音させていただいております。

[返信](#) | [転送](#)

変更完了メールがご登録いただいたメールアドレスへと送信されます。

6. 資格追加

ゼオマイン®管理システム

メニュー



所属施設一覧へ

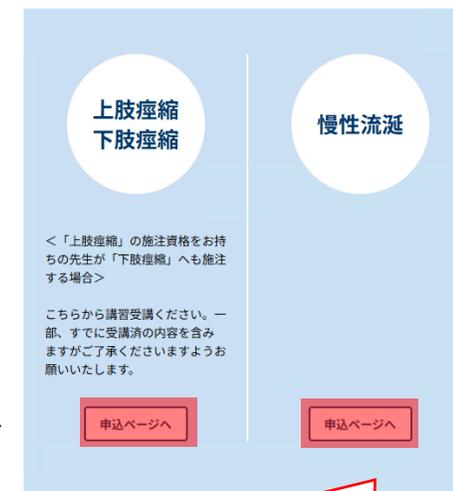
ゼオマイン®管理システム

資格追加選択画面

施注資格申し込み

承認条件により、ゼオマインによる治療を開始する前に講習を受講いただく必要があります。

ゼオマインを施注いただく**適応症毎**に講習をご受講ください。



6. 資格追加

下肢痙縮 施注資格取得には、講習を受講していただく必要があります。
「WEB講習」と「講習会」の2種類をご用意しています。

TEIJIN

様 ログアウト

ゼオメイン®管理システム

上下肢痙縮施注資格追加申し込み 入力

■WEB講習で受講する

WEB講習で受講を希望される方は下記リンクより受講してください。

- ※IDはXEから始まる8桁のものです。
- ※パスワードはゼオメイン管理システムのパスワードと共通です。
パスワードをお忘れの方は[パスワードリセット](#)を行ってください。

WEB講習受講はこちら

- ※Section3の学習とテスト合格が必須項目です。
- 既に上下肢痙縮施注資格をお持ちなので、Section1・2は未完了のままでも登録可能です。

■講習会（リアル、Zoom）を受講された方

講習会パスワード*

- ※受講修了証に記載の講習会パスワードをご入力ください。
- ※講習会会場にてご記憶いただいた芳名録と併せて照合させていただきます。
- ※オンラインにて講習会を受けられた方は受講修了証のお届けまで1週間ほどを要します。

エラーテキストが入ります。

確認画面へ

メニュー一覧へ

WEB講習受講サイトのログイン画面へと遷移します。

講習会受講修了証に記載の「講習会パスワード」を入力し、「確認画面」から先へ進んでください。

7.パスワードを忘れた場合

ゼオマイン[®]管理システム Login

※本管理システムは、ゼオマイン[®]施注資格登録済みの医師（登録認定医）、および登録認定医が所属する医療関係者のみご利用いただけます。

※資格登録をお済みでない医師の方は[こちら](#)

ID

パスワード

ログイン画面の下にある
「パスワードを忘れた方はこちら」
を選択。

※パスワードを忘れた方は[こちら](#)

※ゼオマイン管理システムマニュアルは[こちら](#)
[医師の方向け](#) [医療機関の方向け](#)

Login

7.パスワードを忘れた場合

[ログアウト](#)

ゼオマイン®管理システム

パスワードリセット メールアドレス入力

登録時のメールアドレスを入力してください。メールにてパスワード再設定用のURLをお送りします。

登録時のメールアドレス

送信

本システムに登録いただいた際のメールアドレスをご入力ください。

ゼオマイン®サポートセンター

TEL:0120-769579

受付時間：平日9:00～17:00

※土・日・祝・年末年始は除く

7.パスワードを忘れた場合

TEIJIN

ゼオマイン®管理システム

パスワードリセット メールアドレス 送信完了

送信いただいたメールアドレス宛に、パスワード再設定用のURLをお送りします。
メールに記載されているURLへアクセスいただき、新パスワードの設定を完了してください。

※メールアドレスを間違えると

「ご入力いただいたメールアドレスには送信できませんでした。」
と表示されますので再度ご入力をお願いいたします。

7.パスワードを忘れた場合

【帝人ファーマ ゼオメイン管理システム】パスワード変更処理のご案内

info@xeomin-system.jp
2020/09/04 (金) 13:40
宛先: [REDACTED]

このメールは帝人ファーマゼオメイン管理システムからパスワード変更処理を行った医療関係者に送付しております。

パスワードリセット・新パスワード入力フォームにはこちらのURLからアクセスしてください。
※24時間以内に登録が完了されなかった場合、下記URLは無効となります。

http://ssl23551.mediagalaxy.ne.jp/doctor/login/reset/start/seq_26/p_65f0be49055f1417489e60dd4d8acde109b53ca579b042b990043e16fbe2a4c4

※本メールは送信専用アドレスからお送りしています。返信いただいてもお受けできませんので、ご了承ください。
ご不明な点などございましたら、お手数ですがゼオメインサポートセンターまで、ご連絡いただきますようお願い申し上げます。

ゼオメインサポートセンター
0120-769579
受付時間 平日9:00~17:00 (土・日・祝日・年末年始を除く)

※携帯電話・PHSからもご利用いただけます。
※お電話の内容は正確に対応するために、録音させていただいております。

返信 | 転送

こちらのURLを選択してください。

7.パスワードを忘れた場合

TELIN

ゼオマイン®管理システム

パスワードリセット 新パスワード入力

新たなパスワードを入力してください。

新しいパスワード

※半角英数字8文字以上、16文字以下で設定してください。

新しいパスワード (確認)

※半角英数字8文字以上、16文字以下で設定してください。

登録時の姓 (カタカナ)

送信

セキュリティのため、本システムに登録いただいた際の「姓 (カタカナ)」を入力してください。

7.パスワードを忘れた場合

The image shows a screenshot of the Zeo Myon management system's password reset completion screen. The screen displays the title 'ゼオマイン®管理システム' and the status 'パスワードリセット 新パスワード 設定完了'. Below this, a message states '新しいパスワードを設定しました。' followed by 'ログイン画面より再度ログインを行ってください。'. A red callout box points to the 'ログイン画面より再度ログインを行ってください。' text, containing the instruction: 'パスワードの変更を完了しました。ログイン画面よりログインを行ってください。'. The TEIJIN logo is visible in the top right corner of the screenshot area.

パスワードの変更を完了しました。
ログイン画面よりログインを行ってください。

ゼオマイン®管理システム
パスワードリセット 新パスワード 設定完了

新しいパスワードを設定しました。
ログイン画面より再度ログインを行ってください。

TEIJIN

8.患者一覧の印刷

患者識別番号 投与予定日 ~

表示項目

患者識別番号 担当医師 総投与量 投与予定日 投与単位 ステータス

過去に登録を行った患者様については患者識別番号もしくは投与予定日で検索し、絞り込んだうえで表示することもできます。

| | | | | | | | | | |
|--|--|-----|-------------|----|---|---|---|--------------------|-------------------------------------|
|  |  | 100 | 2025年04月30日 | 承認 | 0 | 1 | 0 | 編集 | <input type="button" value="投与申請"/> |
|--|--|-----|-------------|----|---|---|---|--------------------|-------------------------------------|

一覧で表示された患者様情報は印刷が可能です。印刷ボタンをクリックすると印刷用一覧画面が別ウィンドウで表示されます。

[メニュー一覧へ](#)

8.患者一覧の印刷

パソコンの印刷機能にて印刷してください。

こちらの画面が表示されましたパソコン/ブラウザの印刷機能から印刷をお願いいたします。

ゼオマイン®

| 製剤別瓶数 | | 50単位：9瓶 100単位：10瓶 200単位：0瓶 | | | | | | |
|------------|------------|----------------------------|------------|-------|----------|------|-------|-------|
| 患者識別番号 | 医師名 | 総投与量 | 投与予定日 | ステータス | 部位 | 50単位 | 100単位 | 200単位 |
| ██████████ | ██████████ | 100 | 2025/06/26 | 承認依頼中 | 下肢 | 0 | 1 | 0 |
| ██████████ | ██████████ | 200 | 2025/06/19 | 承認依頼中 | 上下肢 | 2 | 2 | 0 |
| ██████████ | ██████████ | 700 | 2025/05/30 | 承認 | 上下肢・慢性流涎 | 2 | 6 | 0 |
| ██████████ | ██████████ | 800 | 2025/05/11 | 承認依頼中 | 上下肢・慢性流涎 | 0 | 0 | 0 |
| ██████████ | ██████████ | 100 | 2025/05/10 | 承認依頼中 | 慢性流涎 | 2 | 0 | 0 |
| ██████████ | ██████████ | 100 | 2025/05/10 | 承認 | 慢性流涎 | 2 | 0 | 0 |
| ██████████ | ██████████ | 50 | 2025/05/08 | 承認依頼中 | 慢性流涎 | 1 | 0 | 0 |
| ██████████ | ██████████ | 100 | 2025/04/30 | 承認 | 慢性流涎 | 0 | 1 | 0 |