

どちらかに○をしてください。

生活保護受給者への先発医薬品の調剤状況  
【医師が先発医薬品を指定している場合を除く】

平成 年 月 調剤分

1 報告対象なし → 薬局名を記入して送付  
2 報告対象あり → 調剤状況を記入の上送付

No	調剤を行った日	福祉事務所名	受給者番号(7桁)							処方の種類		調剤した先発医薬品名	後発医薬品のある先発医薬品を調剤した事情等				c, dであった場合のみ記入				処方元 医療機関名	
										a	b		a	b	c	d	1	2	3	4		
										一般名処方	後発医薬品名 後発医薬品への変更を可とする銘柄		後発医薬品の在庫がなかった	後発医薬品の薬価が先発医薬品よりも高い又は同額	薬剤師が疑義照会を 行い、処方医より先発医薬品が必要と判断されたため	薬剤師が疑義照会を行わず、福祉事務所に確認の上、やむを得ず調剤(福祉事務所に報告した場合を含む)	薬剤師の知見に基づく判断	過去に後発医薬品を使用し、不都合が生じたことがあったため	後発医薬品の使用に不安があると患者が訴えたため	その他の理由		
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						

※生活保護受給者の医療扶助では、処方医が後発医薬品への変更を不可としていない(一般名処方を含む)場合には後発医薬品を調剤することとなります。

薬局名(住所)

連絡先

別添3・報告様式(平成30年11月版)