

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

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】

令和 7 年 11 月調剤分

No	調剤を行った日	福祉 事務所名	受給者番号(7桁)	処方種別		またに調 せつ1剤 ん行した 。てはつ先 1ご発医 行記入薬 にまく品 とだ名(原 めさい。則 いた。理と だいが。し い。て同薬 も。品 構。品 い	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 へ の 変 更 を 可 と す る		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	さ 医 薬 剤 師 が 疑 義 照 会 を 行 い 、 処 断 され た た め	合 な い 剤 務 所 に 確 認 の 上 、 や れ ず 、 福 祉 事 務 所 に も 連 絡 を 得 ず 、 調 剤 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 調 合 が 生 じた こ と が あ っ た た め	訴 え た た め (患 者 の 希 望)	後 発 医 薬 品 の 使 用 に 不 安 が あ る と 患 者 が	
a,bに当てはまる場合は1～4の欄の記載不要。		c,dに当てはまる場合は右の1～4の欄もご記入ください。													
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
		薬局名						住所							
								連絡先 (TEL・FAX)							