

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)							処方種別		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		
			処方箋に記載されている状態に当てはまるものを記載							a	b		a	b	c	d	1	2	3	4			
			1	2	3	4	5	6	7	一般処方名	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	医師に連絡を取れず、福祉事務所に報告した場合は含む	薬剤師の知見に基づく判断	過去に後発医薬品を使用したため	後発医薬品の使用に不安があるため	その他の理由			
1	12	東灘福祉事務所	1	2	3	4	5	6	7	○												●●●●HP	
2	15	灘福祉事務所	9	8	7	6	5	4	3	○													〃
3	1,10,24	中央福祉事務所	1	1	1	1	1	1	1	○													〃
4	30	東灘福祉事務所	1	2	3	4	5	6	7	○													■●●●HP
5																							
6																							
7																							
8																							
9																							
10																							

処方日について、複数記入

原則として、1か月のうち1名につき1行記載としますが、処方元医療機関が複数ある場合は、医療機関ごとに記載。

a, bに該当する場合は、1~4, 「調剤した先発医薬品名」を書く必要なし。

c, dに該当する場合は1~4に記載。

* A-d, eの「効果的な先発医薬品名」の欄には、薬価差・調剤量等から軽減効果が大きいと判断される医薬品名を記入してください。