

【記載例】

- 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

報告対象者がいない場合も、「1 報告対象なし」に○を付け、薬局名等を記入してご提出ください。										処方種の種別		まにに調 せつ1剤 んい行し 。はずた 。はつ先 。1ご発 。行記医 。に薬 。ま品 。と名 。め(原 。て則 。い。理 。た由 。だとして 。い。同 。が薬 。て品 。もじ 。構薬 。と品	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	
No	調剤を行った日	福祉事務所名	受給者番号(7桁)							a 一般名処方	b 銘柄名処方 後発医薬品への変更を可とする		a 後発医薬品の在庫がなかった	b 後発医薬品の薬価が先発医薬品よりも高い又は同額	c 薬剤師が疑義照会を行い、処方されたため	d 合剤(福祉事務所に確認の上、やれず、合剤を含む)	1 薬剤師の知見に基づく判断	2 過去に後発医薬品を使用したため	3 訴えたため(患者の希望)	4 その他の理由		
1	12	東灘	1	2	3	4	5	6	7	○		(例)ロキソニン錠60mg				○				○		●●●●HP
2	15	灘	9	8	7	6	5	4	3	○				○							〃	
3	1,10,24	中央	1	1	1	1	1	1	1	○		(例)オキサロール軟膏25μg/g、 デルモベート軟膏0.05%			○			○				〃
4	30	東灘	1	2	3	4	5	6	7	○		(例)セルベックスカプセル50mg				○		○			■ ■ ■ ■ HP	
5																						
6																						
9																						
10																						

処方箋に記載されている状態に

原則として、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及び「調剤した先発医薬品名」を書く必要なし。**

「その他の理由」欄はa, b及び1～3に○が入らない場合に理由をご記入ください。※以下①、②の場合、「その他の理由」欄は記入不要です。
 ①「**後発医薬品の在庫がない**」「**供給困難**」「**流通がストップした**」などは「a」に○を入れてください。
 ②「**患者の希望**」「**患者の意向**」などは「3」に○を入れてください。
この場合、必ず「c」または「d」の該当する方に○を入れてください。

処方日について、複数記入可。

報告対象の有無に関わらず、必ず薬局名を記載して提出してください。

薬局名

住所

連絡先 (TEL・FAX)