【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 8 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。

処方箋に記載されている状態に

No	調剤を行った日	福祉事務所名	受給者番号（7桁）	処方の種別 a 一般名処方	処方の種別 b 後発医薬品への変更を可とする銘柄名処方	調剤した先発医薬品名（原則として薬品ごとに1行ずつご記入ください。理由が同じ薬品については1行にまとめていただいても構いません。）	後発医薬品のある先発医薬品を調剤した事情等 a 後発医薬品の在庫がなかった（流通不足を含む）	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、処方医より先発医薬品が必要と判断されたため	d 薬剤師が処方医に連絡が取れず、福祉事務所に確認の上、やむを得ず調剤（福祉事務所にも連絡が取れない場合で事後的に報告した場合を含む）	c, dであった場合のみ記入 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、不都合が生じたことがあったため	3 後発医薬品の使用に不安があると患者が訴えたため（患者の希望）	4 その他の理由	処方元医療機関名
							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	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															
7															
8															
9															
10															

c, dに該当する場合は1～4に記載。

処方日について、複数記入可。

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。**

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。

「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。**

【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 8 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。

No	調剤を行った日	福祉事務所名	受給者番号（7桁）	処方の種別 a 一般名処方	処方の種別 b 後発医薬品への変更を可とする銘柄名処方	調剤した先発医薬品名（原則として薬に1行ずつご記入ください。理由が同じについては1行にまとめていただいてかまいません。）	後発医薬品のある先発医薬品を調剤した事情等 a（後発医薬品の在庫がなかった（流通不足を含む））	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、処方医より先発医薬品が必要と判断されたため	d 薬剤師が疑義照会を行ったが、処方医に連絡が取れず、福祉事務所に確認の上、やむを得ず調剤（福祉事務所にも連絡が取れない場合で事後的に報告した場合を含む）	c, dであった場合のみ記入 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、不	3 後発医薬品の使用に不安があるが訴えたため（患者の希望）	4 その他の理由	処方元 医療機関名

薬局名		住所	
		連絡先（TEL・FAX）	