

令和6年9月26日

公益社団法人
大分市薬剤師会会長
阿部 みどり 殿

大分大学医学部附属病院薬剤部
薬剤部長 伊東弘樹

長期収載品の選定療養に係る院外処方箋様式の変更について

令和6年10月1日（火）より、長期収載品の処方等又は調剤について選定療養の仕組みを導入することに伴い、別紙の通り、院外処方箋の様式が変更となります。長期収載品の処方の際に、「後発品変更不可」であれば、「変更不可（医療上必要）」または「患者希望」のいずれかに「レ」が記載されることとなります。各薬局におかれましては、適切にご対応いただきますようお願いいたします。

会員各位に周知願います。

問い合わせ先：大分大学医学部附属病院薬剤部
副薬剤部長 龍田涼佑
TEL：097-586-6101

院外処方箋 (この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

処方No. 452

入力時刻：17:06

出力時刻：17:06

公費負担者番号		保険者番号	06
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	
患者番号	03388263	保険医療機関の所在地及び名称	大分県由布市秋間町医大ヶ丘1-1 国立大学法人 大分大学医学部附属病院
患者氏名	伊藤 三	電話番号	097-549-4411
生年月日	昭和 51 年 10 月 10 日生	診療科名	呼吸器・感染症内科
年齢	47歳11ヶ月	保険医氏名	NEC 動作確認 2 1 印
性別	男・女	保険医療機関での自己負担区分	病200以上
区分	被保険者・被扶養者	都道府県コード	44
		点数表番号	1
		医療機関コード	8210672
交付年月日	令和 06 年 09 月 20 日	処方箋の使用期間	年 月 日
変更不可	患者希望	備考	個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更には差支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること
処方	01	処方	アリセプトD錠 3mg 1回 1錠 (1日 1錠) 後発品変更不可
			力価表示です。調剤時注意
			レ アキネトン細粒 1% [力価] (院外) 1回 1mg (1日 1mg) 後発品変更不可
			1日 1回 夕食直前 1日分
			以下余白
備考	保険医署名	「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること	印
	麻薬施用者番号	患者住所	
	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応 (特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供 調剤実施回数 (調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること) <input type="checkbox"/> 1回目調剤日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回目調剤日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 3回目調剤日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 次回調剤予定日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 次回調剤予定日 (年 月 日)		
調剤済年月日	年 月 日	公費負担者番号	
保険薬局の所在地及び名称		公費負担医療の受給者番号	
保険薬剤師氏名			

<<患者の皆様へ>>

- ・この処方箋は「院外処方箋」です。交付日を含めて4日以内（土日祝日を含みます）に保険薬局に提出してください。
- ・処方医の印かんが押してあることを確認してください。
- ・1階外求ホール「院外処方箋受付コーナー」では、患者さんの希望される保険薬局に処方箋の内容をファックスで送信し、薬局での待ち時間を少なくするサービスを無料で行っていきますので、ご利用ください。

[お問い合わせ先及びお願い] 電話番号：097-549-4411 (代表)

処方内容など一処方医

事務的内容など一医事課外来担当 内線 5421

※修正済み処方箋、後発医薬品情報提供用紙、処方箋からのコメントは薬剤部 FAX (097-586-6119)へ送信してください。

以下の検査値情報は、保険薬局でお薬の種類や用量を確認し、副作用を予防するために必要なものです。
検査値 (90日以内に測定された検査値を表示しています。)

	WBC	PLT	HGB	PLT	T-INR	ALT	T-Bil	血清Cr	eGFR	CK	CRP	K	HbA1C
検査日	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****
検査値	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****
検査日	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****
検査値	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****

※eGFR、PLTの単位は (μ L) です。

※eGFR：体表面積1.73m²あたりの値で表示しています。

※検査値の概説は当院薬剤部ホームページ (<http://www.med.oita-u.ac.jp/yakub/>) をご覧下さい。

身体情報 (未測定の場もあります)

身長 170.00 cm (測定日 2023/09/28)

体重 70.00 kg (測定日 2023/09/28)

体表面積 1.73 m²

治療名

電話番号

疑義照会等事前同意プロトコルに同意しない場合、「レ」又は「×」を記載し、署名すること。
 疑義照会等事前同意プロトコルに同意しない

保険薬局への連絡事項 (医師一薬局)
 処方監査・服薬指導に必要な場合は病名を記載してください。

保険薬局からの連絡事項 (薬局一医師)

