# 「院外処方せんの正しい書きかた」

# 一 調剤事故を防ぐために 一 (改訂5版)

	<b>,</b>	(	この処力		方 は、ど						ぎす。	,)	1		
公費	負担者番号						保険	者番号	큵		1	2	3	4	5 6
	負担医療の 合 者 番 号						被保険者				1	23	45	67	
患	氏 名		かながれ神奈川				保険医	,,0,,4,,4				幾子[	玄西	町 14-	11
忠者	生年月日	明大昭平	30年5	月 29	月男	女	保険		7 			31-3 —			長
	区分	被位	呆険者	被	扶養者		都道府県 番 号	1 4	点数表番 号					4 5	
交	付年月日	事成	24年5月22	E_	処元(1/2) 使用期間		平成:	手 月	日	交付	か日	を含	めて	合を除 4日以 するこ	内に
	変更不可		処方薬こつ\ 更不可」 欄に												-
		1	チモプ	トール	点眼液	C	. 5%			2	本				
処方	使	用部位	文、使用町工を記載する。朝、夕	ける!	使用量	•	余白			-				記載2本	!
備	保険医署名		更不可」欄 合は、署名					t ]							
考															
考	\$10 <b>\$</b> 7F; D D	平成	文 年	月	目		公費負	担者	番号						
	削済年月日						公費負	担医	療の						

# 神奈川県薬剤師会

### 『院外処方せんの正しい書きかた』 改訂 5 版発行にあたって

医薬分業が円滑に行われるよう、また調剤事故の防止のため、神奈川県薬剤師会では、神奈川県医師会、神奈川県歯科医師会、神奈川県病院協会及び神奈川県病院薬剤師会の諸先生方の絶大なるご協力により、平成15年に「院外処方せんの正しい書きかた」初版を発行しました。その後、諸々の法制度の改正や、処方せん様式の変更等が行われる毎に改訂版を発行してまいりました。

今般、平成24年の診療報酬・調剤報酬の改定において、処方せんの記載要領についての一部改正が行われましたので、この改正に合わせてチェックポイントを追加するなどして充実させた改訂5版を発行することとしました。最近の薬剤関係を見てみますと、後発医薬品使用促進により、保険薬局で扱う医薬品の種類も激増し、酷似した色や剤形、名称の医薬品も増えております。

さらに今回の診療報酬改定において、一般名の処方が大幅に増えています。保険薬局において、安全な調剤を行うためには、ルールに基づいた処方せんの記載が必要です。

また、処方せん改ざんによる医薬品の不正取得事件も後を絶ちません。処方せんの改ざん を防止するためにも、医師並びに歯科医師の先生方におかれましては、処方内容記載の最下 部に「以下余白」の記載をよろしくお願いします。

医療過誤を防止し、また処方せんの改ざん等をなくし、適切な医薬分業が遂行されるためには、適正な処方せんの発行が必須です。

医師並びに歯科医師の先生方におかれましては、従来版に引き続き、この改訂 5 版を処方 せん発行の際にご活用いただければ幸いです。

最後に、本書の発行にあたり、編集にあたった本会医療保険委員会委員諸氏に深く感謝の 意を表します。

2013年10月

公益社団法人 神奈川県薬剤師会 会 長 加 藤 昇 一

## 目 次

- P1 院外処方せんの基本的な記載事項
- P2~22 処方せん1~11(誤・適)
- P24 「診療報酬請求書等の記載要領等について」の一部改正について
- P27 処方せんには、「用法」が正しく記載されていることが必要です。その理由は?
- P28 処方せん様式
- P29 麻薬・向精神薬の投与上限日数一覧

#### 〈主な改訂点〉

- 1. 処方せん書式を平成24年4月改定時の様式へ変更したこと。
- 2. 一般名処方における「後発医薬品への変更不可」の指示を追記したこと。
- 3. 記載例の医療用医薬品について現行の薬価基準収載状況に合せたこと。

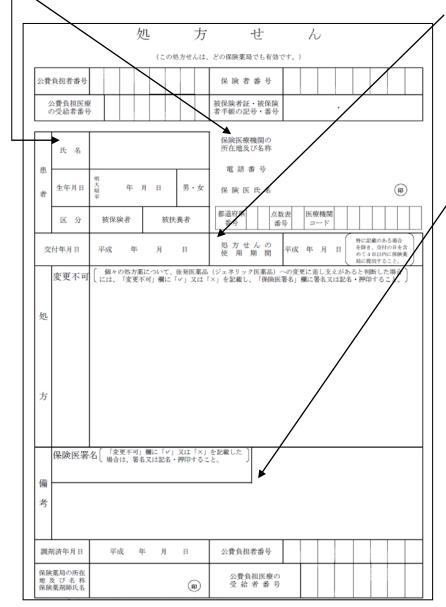
## ◇院外処方せんの基本的な記載事項◇

### ① 患者さんに関する記載事項

「氏名」「生年月日」「性別」「保険者番号・記号番号」「公費番号」「患者区分」「負担割合」

#### ② 保険医療機関に関する記載事項

「名称及び所在地・電話番号」「保険医氏名(保険医氏名は姓名を署名、又は氏名が印刷やゴム印であれば押印する)」「都道府県番号」「点数表番号」「医療機関コード」



### ③ 交付年・月・日の記載

処方せんを交付した年・月・日を記する。 処方せんの使用期間は交付日を含めて4日 以内。長期旅行など特殊な理由がある時は、 「処方せん使用期間」に有効な年月日を記 載する。

# ④ 「備考欄」には、保険薬局が調剤を行うに当たっての留意事項を記載する。

麻薬を処方する場合は、患者住所・麻薬 施用者免許証番号を記載する。

処方せんの使用期間の延長理由・長期投薬を行うときの理由、未就学者の場合は「6歳」、高齢受給者または後期高齢者医療受給対象者であって一般・低所得者の場合は「高一」、高齢受給者または後期高齢者医療受給対象者であって7割給付の患者の場合は「高7」と備考欄に記載する。

処方医が、処方せんに記載した医薬品について後発医薬品に変更することに差し支えがあると判断した場合は、差し支えがあると判断した医薬品ごとに、「処方」欄中の「変更不可」欄に「✔」又は「×」を記載するとともに、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印する。

## ⑤ 処方欄は、印字又はボールペン等で記載する。訂正には修正液は使わず、2本線で削除し押印する。 処方の終わりには、「〆」又は「以下余白」の記入をする。(偽造防止のため)

処方欄には、医薬品名・分量・用法・用量・外用の場合の回数、使用部位を記載する。

医薬品名は原則として、薬価基準に記載されている名称を記載すること。また、2 つ以上の規格単位がある場合には、当該規格単位を記載する。

分量は、内服薬については1日分量、内服用滴剤、注射薬及び外用薬については投与総量、屯服薬については 1回分量を記載する。

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

公	費負担者番号			保険者番号	1 2 3 4 5 6
	費負担医療の 給 者 番 号			被保険者証·被保険者 手帳の記号・番号	123 · 4567
=	氏 名	神奈川	太郎	所在地及び名称 県薬	市磯子区西町 14-11 医院
患者	生年月日	明 大 昭平 30年5	月 29 日 男 5	保険医氏名 県薬	. 🐯
	区分	被保険者	被扶養者	都道府県 1 4 点数表 1 医療料 3 一	機関 1 2 3 4 5 6 7
3	交付年月日	平成 24 年 5 月 22 日	処方せんの 使用期間	平成 年 月 日	特に記載のある場合を除き、 交付の日を含めて4日以内に 保険薬局に提出すること。
	変更不可			ネリック医薬品)への変更に差し を記載し、「保険医署名」欄に署名	
	×	①【般】ニフェ 分 1		定(24 時間持続) 20mg	1錠 28日分
処	!	), 1	471 X (X/IX/11		20 11/3
		②【般】ファ 分 2	モチジン口腔 朝夕食後服		2 錠 28 日分
方		@ [ to T. 1 ]	バフトナンか	10	1 A+
		③【般】シン 分1	ハスタテン 夕食後服用	10mg	1 錠 28 日分
			—— 以下	<b>注白</b> ———— 、	
1:11	保険医乳	署名 [「変更不可」 場合は、	欄に「 <b>ノ</b> 」又は 署名又は記名・押	「×」を記載した 印すること。	
備	· .	県薬 一郎	<b>東</b>		
考	÷				<b>-</b> - 3
調	剤済年月日	平 成 年	月 日	公費負担者番号	
1	険薬局の			公費負担医療の 受給者番号	
	在地及び名称 険薬剤師氏名		(EI)		

処方せん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

			, , ,	_ 07%17	C /Ula	· · C V		(米川)	. 07	17/1	. 9	<u> </u>					
表 着 書 号     中級の配号・番号     123・4067       大名     神奈川 太郎     中級の配号・番号     123・4067       大名     中級 中	公費	負担者番号						保	食者番	:号			1	2 3	4	5	6
ままかり       大郎       株飯医飯機関の所在地及び名称       横浜市磯子区西町 14-11 県業医院電話番号 045-761-3241         者       生年月日       明大       30年5月29日       男女保険医氏名 県薬 一郎 保険医氏名 県薬 一郎 保険医氏名 県薬 一郎 保険医氏名 県薬 一郎 保験医氏名 県薬 一郎 保験医院 24年5月22日 使用期間 平成 年 月 日 保験医療に提出すること。       平成 年 月 日 保験医療に提出すること。         変更不可には、「変更不可には、「変更不可」欄に「ノ」又は「メ」を記載し、「保験医事名」欄に署名又は記名・押印すること。       1 2 3 4 5 6 7 付款に対象のある場合を除き、交付年月日 では、「変更不可」欄に「ノ」又は「メ」を記載し、「保験医事名」欄に署名又は記名・押印すること。         変更不可には、「変更不可」欄に「ノ」又は「メ」を記載し、「保験医事名」欄に署名又は記名・押印すること。       1 9 2 8 日分         少       2 10mg 2 9 2 9 2 9 2 9 2 9 2 9 2 9 2 9 2 9 2													12	3 • 48	667		
者     生年月日     明 大     30年5月29日     第 計 日本     1 4 点 表表 日本     1 2 3 4 5 6 7       反分     被保険者     被扶養者     報道時期 日本     1 4 点 表表 日 1 回転	串	氏 名	**************************************	ながわ							横归	横浜市 県薬E	。 医院		町 1	4-11	
交付年月日       平成 24年5月22日       処方せんの 使用期間       平成 年 月 日       特に配敷のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保験薬局に提出すること。         変更不可       個々の処方薬について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「ノ」又は「×」を記載し、「保験医署名」欄に署名又は記名・押印すること。         メ       ① アグラート C R 錠 20mg 分 1 朝食後服用 28 日分         少       ② 【般】ファモチジン口腔内崩壊錠 20mg 2 錠 分 2 朝夕食後服用 28 日分         方       ③ 【般】シンバスタチン錠 10mg 1 錠 分 1 夕食後服用 28 日分         本日 分       一一 以下 余白 ———         保険医署名       「変更不可」欄に「ノ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。」」         場合は、署名又は記名・押印すること。       「変更不可」欄に「ノ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。」         財剤済年月日 平 成 年 月 日 公費負担者番号       「次費負担医療の多名者番号         受薬 局 の       公費負担医療の多名者番号		生年月日		30年5	月 29	日 男	). 女	_			إ	<b>県薬</b>	_	郎	C.		
交付年月日       平成 24年5月22日       欠担すれが使用期間 で成 年月日       平成 年月日       交付の日を含めて4日以内に保険業局に推出すること。         変更不可       個々の処方薬について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「ノ」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。       1 錠         水       ① アグラート C R錠 20mg 分 1 朝食後服用       28日分         少       ② 【般】ファモチジン口腔内崩壊錠       20mg       2 錠         分 2 朝夕食後服用       28日分         方       ③ 【般】シンバスタチン錠 10mg       1 錠         分 1 夕食後服用       28日分         一       以下 余白         保険医署名       「変更不可」欄に「ノ」又は「×」を記載した 場合は、署名又は記名・押印すること。         場合は、署名又は記名・押印すること。       」         水       ・ 次更不可」欄に「ノ」又は「×」を記載した 場合は、署名又は記名・押印すること。         小       ・ 次更         水       ・ 次更不可」欄に「ノ」又は「×」を記載した まると戦した 場合は、署名又は記名・押印すること。         ・       ・ 次更       ・ 公費負担医療の 受給者番号		区分	被保	険者	被	扶養者	f	都道府県 番号	1 4	点数表 番号	1	医療機コート	1	2 3	4	5 6	7
では、「変更不可」欄に「ノ」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。   X	〉交	付年月日	平成 24年	₣ 5 月 22	H I '			平成	年	月		日	交付	の日を含	めて4	印以内	ikz .
分1 朝食後服用     28 日分       ②【般】ファモチジン口腔内崩壊錠     20mg     2 錠       分2 朝夕食後服用     28 日分       方     ③【般】シンバスタチン錠     10mg     1 錠       分1 夕食後服用     28 日分       一一     以下 余白     以下 余白       保険医署名     「変更不可」欄に「ノ」又は「×」を記載した 場合は、署名又は記名・押印すること。」       場合は、署名又は記名・押印すること。     財票       書     一郎       水質負担番番号     公費負担医療の 受給者番号       受給者番号     公費負担医療の 受給者番号		変更不可															
②【般】ファモチジン口腔内崩壊錠       20mg       2 錠         分 2 朝夕食後服用       28 日分         方       ③【般】シンバスタチン錠       10mg       1 錠         分 1 夕食後服用       28 日分         ——以下 余白       以下 余白         保険医署名       「変更不可」欄に「イノ又は「X」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。」         場合は、署名又は記名・押印すること。       東薬         一郎       東薬       一郎         水質負担番番号       公費負担医療の受給者番号         会給者番号       会給者番号	hn	×					mg	андан <b>д</b> олом манадан году за						~			
③【般】シンバスタチン錠     10mg     1 錠       分1 夕食後服用     28 日分       —— 以下 余白     以下 余白       保険医署名     「変更不可」欄に「ノ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。       場合は、署名又は記名・押印すること。     東       場合は、署名又は記名・押印すること。     東       水     東       本     東       本     月       日     公費負担医療の受給者番号       受給者番号	<u> </u>		② [f	,			,		淀	20	mg			~			
保険医署名 「変更不可」欄に「イ」又は「×」を記載した 場合は、署名又は記名・押印すること。 県 薬 一郎 選	方		3 [4						-								
# 「						以下	余E	i		-							
調剤済年月日 平 成 年 月 日 公費負担者番号 公費負担医療の 受給者番号	備	保険医乳	l	場合は、	署名又					た ]		,L					
保険薬局の 公費負担医療の 受給者番号	考				-	`	<b>★</b>							٤			
保険薬局の    受給者番号	調	———— 剝済年月日	平成	年	月	日		公費負	担者	番号							
/ 日 Po 技术的 6年 正 夕	所在	E地及び名称															

- ① 一般名処方の趣旨からして、一般名処方に対して「変更不可」欄に「/」又は「×」が記載されることはあり得ないものであること(平成24年保険発0305第13号)。
- ② 持続性および徐放性の併記は、記載不備に該当する。



処 方 せ ん (この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

			· - · / ·									<u></u>	<del></del>	_	_			_	
公費	負担者番号							保	険者	番号	<b>3</b>			1	2	3	4	5	6
	負担医療の 給 者 番 号							被保障手帳	食者証の記号	被保	験者 番号			1:	23 •	450	67		
	氏 名		神奈		太月	<u>,</u>		保険 所在				析	235- 黄浜 県薬	市磯	子区	西田	叮 14	-11	
患者	生年月日	明大昭平	30 4	年5月	29	<b>男</b>	<b>)</b> #		話				45· 具薬		-324 회		(東)	)	
	区分	被	保険者	>	被	<b>扶養</b> 者	Ť	都道府県 番 号	1	4	数表 番 号	1	医療料	與 F 1	. 2	3	4 5	6	7
交	付年月日	平成 24	年5月	22 日		方せん		平月	戊 4	Ŧ	月	B		交付	か目	含め	場合を かて4日 出する	以内	¥Ξ
	変更不可		の方薬につ 変更不可																
		0	テオド	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・				0mg ×14	日分	 }									
処		2	ツムラ	No.2	9			3 P											
							3	×14	日分	ì									
方		3	フルタ	イド				1個											
			_		— Ţ	以下	余	白 —			_								
備	保険医署	8名	[「変更 場合	不可」は、署	欄に「 名又は	<b>ノ</b> 」又 記名・	では「 押印	×」を記すること	己載 l ≟。	した	]	<b>E</b>	<b>A</b>						
考												(F)	<u> </u>	J					
調剤	別済年月日	平 成	年	<u> </u>	月	B		公費1	負担	—— 者番	号								
	険薬局の							公 <b>費</b> (2)											
	地及び名称 薬剤師氏名					EI)													

処方せん

		(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)
公多	負担者番号	保険者番号 1 2 3 4 5 6
	負担医療の 給 者 番 号	被保険者話・按保険者 手観の記号・番号 123・4567
患	氏 名	************************************
忠者	生年月日	明 大 昭平 30年5月29日 男 女 電話番号 045·761·3241 保険医氏名 県薬 一郎
	区 分	被保険者 被扶養者 都通府県 1 4 点数表 1 医療機関 1 2 3 4 5 6 7
交	を付年月日	平成 24 年 5 月 22 日
	変更不可	個々の処方薬について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更に差し支えがあると判断した場合 には、「変更不可」欄に「√」又は「×」を配載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。
		① テオドール錠 200mg 2 錠
処		1日2回 朝食後、就寝前服用 14日分
		② ツムラ麦門冬湯エキス顆粒(医療用) 9g
		1日3回 每食間服用 14日分
方		③ フルタイド 100 ディスカス 1 個
		1日2回吸入(1回1吸入)
		以下 余白 <del></del>
	保険医署	名 「変更不可」欄に「ノ」又は「×」を記載した 場合は、署名又は記名・押印すること。
備		(A)
考		
調剤	割済年月日	平成年月日 公費負担者番号
	険薬局の	公費負担医療の 受給者番号
	E地及び名称 薬剤師氏名	<b>a</b>

- ① 剤形、規格(含量)単位、服用時点を記載する。 テオドールには、テオドール錠50 mg・100 mg・200 mg、テオドール顆粒20%、 テオドールシロップ2%、テオドールドライシロップ20%がある。
- ② 略語は認められない。用量、服用時点を記載する。
- ③ 規格(含量)単位、使用回数、使用時点、使用部位を記載する。 フルタイドには、フルタイドロタディスク(50,100,200)、フルタイドディスカス (50,100,200)、フルタイドエアゾール(50μg,100μg)がある。



			(この処方 <sup>.</sup>	せん	<i>ル</i> は、どの	の保険	食薬局	でも	有	効て	す	。)						
公費	負担者番号						保	険者	番	号			1	2	3	4	5	6
	負担医療の 給 者 番 号							験者証 の記り					15	23 •	456	37		
患	氏 名		神奈川		太郎					関の 名称	相り	横浜 県薬	医防	子区 :		Ţ <b>14</b>	-11	
者	生年月日	明大昭平	30年5	月:	29 日 男	<b>)</b> #		話 険医				45- 県薬	761 <sup>.</sup>	324		果薬	)	
	区分	被任	<b>呆険者</b>		被扶養者	ŕ	都道府県 番号	1	4	点数表 番号	1	医療	殿 1	2	3	4 5	6	7
交	付年月日	平成 24	年 5 月 22	Р	処方せん 使用期		平)	龙 4	年	月	ß		交付	の日を	含め	場合を て 4 日 出する	以内	٤
	変更不可	個々の処 には、「	型方薬について 変更不可」欄(	、後 こ「 <b>。</b>	発医薬品( <b>/</b> 」又は「>	ジェネ く」をi	リックB 記載し、	医薬品 「保険	医医	への変 署名」	更に欄に	ご差し 二署名	.支え .又は	があ 記名	ると*	判断し 印する	た場	合 :。
処			R V G O 用法口授										1	本				
		)	アドフィ <b>ー</b> 医師の指え										3 ]	P				
方		3	ロキソニン	/錠	Ē								10	Т				
		·			· 以下	余日	白 —											
備	保険医署	 	「変更不可」 場合は、	欄	に「 <b>ノ</b> 」又 又は記名・	押印	×」を するこ。	記載し	した	: ]	<u> </u>							
考											•	)						
調剤	1 済年月日	平 成	年	月	F	T	公費:	負担	 者番	号								
所在	策 瀬 局 の 地及び名称				6		公費2											
水峽	薬剤師氏名				A													

処方せん

		(この	り処方せ	んは、	どの伊	够	薬局~	ごも	有効で	ジす	。)					
公事	負担者番号						保	) ) )	番号			1	2 8	3 4	5	6
	骨担医療の 給 者 番 号								被保険者 番号			123	. 4	567		
患	氏 名	神	奈川	たる太良	ء الآ				機関の び名称	横		0007 5磯子 医院	- 区西	町 1	4-11	
心者	生年月日	明大昭平 3	0年5月	29日	男. :	女			番号 氏名	ĥ	県薬		郎	(Ling)	製	
	区 分	被保険		被抄	卡養者		都道府県 番 号	1 4	L 点数表 番号	1	医療機	製1	2 3	4	5 6	7
交	5付年月日	平成 24 年 5	月 22 日		方せんの 用期間	- 1	平成	年	月		B	特に記 交付の 保険薬	日を含	めて4	日以内	iz
	変更不可	個々の処方薬 には、「変更不														
処		② アド	2回	朝、	タ ップ 40	右 mg	手指に		•	t		5 g	枚			
方			ソニン 新時、F 日 2 回	上服 ]まで	J		<b>聞あけ</b> 	る)	-			1 釿 10 [	≝ 回分			-
備	保険医署	署名 [「変場	更不可」 合は、署	 欄に「↓ 名又はi	/」又は 記名・押	「> 印す	 ×」を記 すること	 載し 。	た	 (1)	)					
考																
調剤	削済年月日	平 成	年	月	目		公費負	担者	香号							
所在	険 薬 局 の E地及び名称 逐薬剤師氏名				<b>(1)</b>		公費賃 受 給					-				-

- ① 略語は認められない。外用薬は使用回数、使用部位(体・全身ではなく、具体的に)、および投与総量を記載する。 包装は5g、10gなどがある。
- ② ①と同様に使用回数、使用部位(体・全身ではなく、具体的に)、投与総量を記載する。アドフィードパップ 40 mgには、5 枚、6 枚、7 枚入りがある。
- ③ 屯服薬は1回分の投与量、服用時点、投与回数などを記載する。
- ④ 「用法口授」、「医師の指示通り」等の場合は、疑義照会の対象となる。



処方せん ん(この処ちせん) どの保険事長でも有効です。)

		( - 47 / - /3	= 1014, 20,	· PICIPIC,	AC/10 C C	7 11 794 4	. / 0/						
公事	負担者番号				保険者	皆番号		1	2	3	4	5	6
	∤負担医療の 給 者 番 号					・被保険者 号・番号		1:	23 •	45	67		
ь	氏 名	神奈川	でるう 次郎		保険医療 所在地及		確佐	市磯	子区	西田	叮 14	-11	
患者	生年月日	明 大 昭平 13年7	7月2日 男	) 女		番号 医氏名	045· 県第	<u> </u>	一朗		果薬	)	
	区分	被保険者	被扶養者		<sup>郡道府県</sup> 名	4 点数表 番号	1 医额	機関 1	2	3	4 5	6	7
交	付年月日	平成 24 年 5 月 22	処方せん使用期	- 1	平成	年 月	Þ	交付	の日を	含以	場合を かて 4 F 出する	以内	2
処	変更不可	個々の処方薬について には、「変更不可」欄に											
		① ノボリン						3	筒				
方			— 以下	余白									

誤

公費負担者番号

公費負担医療の

処方せん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

保險者番号

被保险者証 被保险者

1 2 3 4 5 6

受	給者者	番 号						手帳	の記	号·	番号			12	3.	45	67			
	氏	名		神奈	 	じる 次則					護関の ・名称	ħ	235·0 黄浜市 県薬[	一磯		西田	町 1	4-1	1	
患者	生年	月日	明大昭平	13	年 7	月2日	男女		: 話 険B		: 号 : 名		45-7 県薬	-	324		果薬	)		
-	区	分	被	保険者	>	被扶	養者	都道府県 番 号	1	4	点数数 番 号	1	医療機コー	1	2	3	4	5	6	7
交	で付年月	B	平成 24	1年5月	22 🗏	1 1	デせんの 用期間	平)	成	年	月	B		特に記 交付の 保険	り日を	合め	5T4	印以	内に	-
処	変更	不可					品(ジェネ は「×」を													
			1	ペンニ	ード	ンル								70	本					
方						— 以	下 余	白 —												

処方せん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。) 公費負担者番号 保险者番号 1 2 3 4 5 6 公費負担医療の 被保険者証・被保険者  $123 \cdot 4567$ 受給者番号 手帳の望長・来見 ₹ 235-0007 かながわ 保険医療機関の 横浜市磯子区西町 14-11 氏 名 神奈川 次郎 所在地及び名称 **具薬医院** 045-761-3241 電話番号 13年7月2日 男女 生年月日 者 保険医氏名 県薬 都道府県 1 4 点数表 1 医療機関 1 2 3 被保険者 被扶養者 区 分 特に記載のある場合を除き 処方けんの 交付年月日 平成 24 年 5 月 22 日 平成 年 交付の日を含めて4日以内に 使用期間 保険薬局に提出すること。 個々の処方薬について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更に差し支えがあると判断した場合 麥更不可 には、「変更不可」欄に「ノ」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。 ① ノボリン 30R 注フレックスペン 3 筒 処 1日2回 朝夕食前30分以内 朝 15 単位 夕 15 単位 ② ペンニードル 32Gテーパー 70 本 方 --- 以下 余白 ---. 「変更不可」欄に「✔」又は「×」を記載した 保険医署名 場合は、署名又は記名・押印すること。 備 1 考 高 7 調剤済年月日 平 成 年 月 В 公費負担者番号 公費負担医療の 保険薬局の 受給者番号 所在地及び名称 保険薬剤師氏名 (FI)

- ① インスリンには多数の規格がある。
- 注射薬は1回当りの投与量、使用回数、使用時点等を記載する。
- ② 注射針は注射薬と同時に処方されていること。(注射針のみの処方は保険適用不可。) 注射針には多数の規格がある。正確な名称と針の太さ(G ゲージ)や長さの単位を 記載する。
- ③ 未就学者の場合は「6歳」、高齢受給者または後期高齢者医療受給対象者であって 一般・低所得者の場合は「高一」、高齢受給者または後期高齢者医療受給対象者で あって7割給付の患者の場合は「高7」と備考欄に記載する。



			(この処方	せんり	<ol> <li>との1</li> </ol>	木門	樂问	G. 6	有别	<u>C-9</u>	( ه	,					
公爹	貴負担者番号						伢	)険者	番号			1	2	3	4	5	6
	負担医療の 給 者 番 号	The state of the s							・被保険者 号・番号			12	23 •	456	37		
患	氏 名		神奈川	 大	<sup>ろう</sup>				機関の び名和	かり	黄浜 杲薬	-0007 市磯 医院	Č		丁14	-11	
古者	生年月日	明大昭平	30年5	月 29	9 日 男	女			番号 氏名		)45- 県薬	761- § -	324 一郎		栗栗	)	
	区分	被任	<b>保険者</b>	1	被扶養者		都道府県 番 号	1	4 点数	1	医療	機関 1	2	3	4 5	6	7
交	で付年月日	平成 24	年 5 月 22		処方せんの 使用期間	- 1	平	成 4	年 月	В		交付	の日を	りある と含め に提と	T4 F	以内	1/2
	変更不可		1方薬について 変更不可」欄														
	and the second s	① N	ISコンチ	ン錠	6	Omg					(*****************		eta errenço a	The fire of the later of the la		**********	
処					2 × 1 4	日う	र्										
					以下:	余白	a —										
方					٠												
備	保険医署	I 署名	「変更不可 場合は、	 」欄に 署名又	「 <b>✓</b> 」又は は記名・押	[]	×」をi	記載 l と。									
70#3										E	)						
考									_								
調剤	¥ 到済年月日	平成	年	月	F		公費	負担	者番号								
	険薬局の								医療の 番 号								
	<ul><li>地及び名称</li><li>薬剤師氏名</li></ul>				A												

処方せん

			(この処プ	7717	ひは、	ں ح	71末月	央梁 问	: 64	1301	. 9 .	ر د							
公多	<b>身</b> 負担者番号							保	食者番	号			1	2	3	4	5	6	
	骨担医療の 給 者 番 号								者証·被( )記号・				12	23 •	456	37			
患	氏 名		神奈川	Î	たる大良	ة الآ		保険日			横,	[浜  薬	-0007 市磯 医院	č		丁14	-11		
-	生年月日	明大	30年	5月	29 E	(男	). <sub>女</sub>	電	話番	: 号	0-	45-	761-	324	1				
者		昭平							13多			集集		一郎	г т	<b>(薬</b>	<u>)                                    </u>		
	区分	被	保険者		被抗	夫養者	Ť	都道府県 番 号	1 4	点数表 番 号	1	医療	機関 1	2	3	4 5	6	7	
交	· 付年月日	平成 24	4年5月22	2 日		方せん		平成	年	月		B	交付	の日を	合め	場合を て4 F 出する	以内	ŀΞ	
	変更不可		処方薬につい 「変更不可」#																
処		1	M S コン 1 日 2 回		時間	<del>2×</del> ]毎月	14	60mg (	果薬果薬	=			2 i	錠 : 日	分				(
方					پر	<b>У</b> 1.	赤口	-											()
備	保険医署	8名	「変更不同 場合は、	可」 欄 署名	に「 i 又は	/」又 記名・	スは「 押印	×」を記 すること	載しが 。	ະ ]	•	)							
考			許証番号 (市磯子区														,		
調剤	削済年月日	平 成	年	J	1	日		公費負	担者	番号									
	険 薬 局 の E地及び名称							公費負受 給											
1	東剤師氏名					1													

- ① 処方せんの記載事項を訂正する場合は、訂正する事項を二本線で抹消し、正しい事項を記載する。また、抹消した箇所には訂正印(上記「保険医氏名」欄と同じ印鑑)を押す。
- ② 規格 (含量)単位、服用時点を記載する。MSコンチン錠は、10mg、30mg、60mg の規格がある。60 mgだけでは、10mg を6 錠なのか30 mgを2 錠なのか判断できない。
- ③ MSコンチンは麻薬の為、備考欄に麻薬施用者免許証番号、患者住所を記載する。



(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。) 公費負担者番号 保险者番号 1 2 3 4 5 6 **小費負担医療の** 建保险类深,被保险类  $123 \cdot 4567$ 受給者番号 ₹235-0007 かながわ 保険医療機関の 横浜市磯子区西町 14-11 氏 名 神奈川 大郎 所在地及び名称 県薬医院 045-761-3241 電話番号 30年5月29日(男)女 生年月日 老 昭平 保険医氏名 県薬 一郎 都道府県 1 4 点数表 番号 DEMONSTRA 区 分 被保険者 被扶養者 特に記載のある場合を除き 処方せんの 交付年月日 平成 24 年 5 月 22 日 亚成 年 日 日 交付の日を含めて4日以内に 使用期間 保険薬局に提出すること。 個々の処方薬について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更に差し支えがあると判断した場合 **恋**更不可 には、「変更不可」欄に「✓」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。 ① リウマトレックスカプセル 2Cap 4 日分 2×朝夕食後 饥 ② リウマトレックスカプセル 1Cap × 1×朝食後 4日分 方 ------ 以下 余白 <del>-----</del> . 「変更不可」欄に「**√**」又は「×」を記載した 保険医署名 場合は、署名又は記名・押印すること。 備 (業) 県薬 一郎 老 調剤済年月日 平 成 公費負担者番号 公費負担医療の 保険薬局の 受給者番号 所在地及び名称 保険薬剤師氏名 (A)

処方せん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。) **公費負担者悉長 保险者悉号** 1 2 3 4 5 6 公費負担医療の 被保险者証·被保险者  $123 \cdot 4567$ 受給者番号 ₹235-0007 かながわ 保険医療機関の 横浜市磯子区西町 14-11 氏 名 太郎 神奈川 所在地及び名称 県薬医院 患 045-761-3241 30年5月29日 (男) 女 生年月日 者 昭平 保険医氏名 医療機関 1 2 3 4 都道府県 1 4 点数表 1 被保険者 区分 被扶養者 特に記載のある場合を除き 処方せんの **交付年月日** 平成 24 年 5 月 22 日 平成 年 交付の日を含めて4日以内に 使用期間 保険薬局に提出すること。 個々の処方薬について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更に差し支えがあると判断した場合 麥更不可 には、「変更不可」欄に「✓」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。 ① リウマトレックスカプセル 2mg 2Can × 木曜日 分2朝夕食後服用 4日分(実日数) 処 ② リウマトレックスカプセル 2mg 1Cap × 金曜日 分1朝食後服用 4日分(実日数) 方 ※ 日数は実日数である。 --- 以下 余白 ----「変更不可」欄に「✔」又は「×」を記載した 保険医署名 場合は、署名又は記名・押印すること。 備 (羅) 県薬 一郎 考

#### 【チェックポイント】

調剤済年月日

保険薬局の

所在地及び名称

保険薬剤師氏名

平 成

年

月

日

(FI)

① 特定日に服用させる用法は、実日数により服用時点(服用する曜日・隔日等の服用間隔)を明記する。

公費負担者番号

公費負担医療の

受給者番号

② リウマトレックスの投与方法は、上記の1週間単位の投与量を3回に分割投与する用法の他に、平成23年2月に1週間単位の投与量を1回または2回に分割して投与する用法も承認された。





(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。) 公費負担者番号 保険者番号 1 2 3 4 5 6 公費負担医療の 被保険者証・被保険者 123 · 4567 受給者番号 手帳の記号・番号 〒235-0007 保険医療機関の 氏 名 神奈川 太郎 横浜市磯子区西町 14-11 所在地及び名称 **県薬医院** 患 045-761-3241 雷話悉号 30年5月29日(男)女 牛年月日 昭平 者 保険医氏名 都道府県 1 4 点数表 番号 1 4 票号 被保険者 医療機関 1 2 3 4 5 6 区 分 被扶養者 特に記載のある場合を除き、 処方けんの 交付年月日 平成 24 年 5 月 22 日 平成 年 月 日 交付の日を含めて4日以内に 使用期間 保険薬局に提出すること。 個々の処方薬について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更に差し支えがあると判断した場合 変更不可 には、「変更不可」欄に「✓」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。 ① ラボナ錠 50mg 1 錠 X 机 分1 就寝前服用 56 日分 — 以下 余白 — 方 「変更不可」欄に「✔」又は「×」を記載した 場合は、署名又は記名・押印すること。 保険医署名 備 (業) 県薬 一郎 考 海外旅行のため長期処方 調剤済年月日 平成 年 月 公費負担者番号 В 公費負担医療の 保険薬局の 受給者番号 所在地及び名称 保険薬剤師氏名 1

処方せん

		(この処方せんは、との保険薬局でも有効です。)
公事	負担者番号	保険者番号 1 2 3 4 5 6
	骨担医療の 給 者 番 号	複似映名版·被似映名 手帳の記号・番号 123・4567
患	氏 名	# 本 が わ たろう 保険医療機関の 横浜市磯子区西町 14·11 所在地及び名称 県薬医院
本者	生年月日	明 大 昭平 30年5月29日
	区分	被保険者   被扶養者   都道科県   1   4   点数表   高 号   1   2   3   4   5   6   7
交	5付年月日	平成 24 年 5 月 22 日     処方せんの 使用期間     平成 年 月 日 特に配載のある場合を除き、 交付の日を含めて4 日以内に 保険薬局に提出すること。
	変更不可	個々の処方薬について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更に差し支えがあると判断した場合 には、「変更不可」欄に「✔」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。
処	×	① ラボナ錠 50mg 1 錠 分1 就寝前服用 30 日分
方		——— 以下 余白 ———
備	保険医署	景名 「変更不可」欄に「ノ」又は「×」を記載した 場合は、署名又は記名・押印すること。 県薬 一郎
考	海外旅	行のため長期処方
調剤	<b>利済年月日</b>	平 成 年 月 日 公費負担者番号
	険 薬 局 の 地及び名称	公費負担医療の 受給者番号
	薬剤師氏名	

- ① 1回に14日分を限度とされている内服薬又は外用薬についても、長期の海外旅行等特殊の事情がある場合は、必要最小限の範囲において、1回30日分を限度として投与できる。
- ② 長期投与可能な特殊の事情とは、長期の海外旅行、年末年始、ゴールデンウィークのような連休のみであり、国内旅行やお盆休み等は該当しない。
- ③ 平成24年4月よりコデインリン酸塩など一部の麻薬・向精神薬の投与日数制限が 14日から30日へ延長された。上記ラボナなど依然として14日までのものも存在 する。



(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。) 保険者番号 1 2 3 4 5 6 **公费**負扣者悉号 公費負担医療の 被保険者証・被保険者 手帳の記号・番号 123 • 4567 受給者番号 かながわ 保険医療機関の 横浜市磯子区西町 14-11 任 名 大郎 神奈川 所在地及び名称 県薬医院 患 045-761-3241 30年5月29日(男)女 生年月日 昭平 者 保险医氏名 都道府県 1 4 点数表 1 被保険者 区 分 被扶養者 特に記載のある場合を除き、 処力せんの 平成 24 年 5 月 22 日 平成 年 月 日 交付の日を含めて4日以内に 交付年月日 使用期間 保险薬品に提出すること 個々の処方薬について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更に差し支えがあると判断した場合 変更不可 には、「変更不可」欄に「✓」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。 ① インタール点眼液 2% 100mg 5ml 2 瓶 × 1日4回 両目に点眼 ② サンコバ点眼液 0,02% 0,02% 5ml 3 瓶 伽 × 1日4回 両目に点眼 4 瓶 ③ ヒアレイン点眼液 0.1% 0.1% 5ml × 1日4回 両目に点眼 5 瓶 ④ ソフトサンティア 5ml × 樋回に両目に点服 · 「変更不可」欄に「✔」又は「×」を記載した 保険医署名 場合は、署名又は記名・押印すること。 備 県薬 一郎 考 ソフトサンティアは自費 調剤済年月日 平 成 月 公費負担者番号 公費負担医療の 保険薬局の 受給者番号 所在地及び名称 保険薬剤師氏名 €

処方せん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。) 1 2 3 4 5 6 保險者番号 公費負担者番号 **公巻負担医療の** 被保険者が・被保険者 123 • 4567 手帳の記号・番号 受給者番号 〒235-0007 かながわ 保険医療機関の 構浜市磯子区西町 14-11 氏 名 太郎 神奈川 所在地及び名称 県薬医院 患 045-761-3241 30年5月29日 男女 生年月日 昭)平 保险医氏名 都道府県 1 4 点数表 番号 医蜂类型 区分 被保険者 被扶養者 1 2 特に貯蔵のある場合を除き、 処方せんの 亚成 年 A 交付の日を含めて4日以内に 交付年月日 平成 24 年 5 月 22 日 使用期間 保険薬局に提出すること。 個々の処方薬について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更に差し支えがあると判断した場合 麥更不可 には、「変更不可」欄に「ノ」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。 ① インタール点眼液 2% 100mg 5ml 2瓶 × 1日4回 両目に点眼 処 3 瓶 ② サンコバ点眼液 0.02% 0.02% 5ml × 1日4回 両目に点眼 4瓶 ③ ヒアレイン点眼液 0.1% 0.1% 5ml × 方 1日4回 両目に点眼 ------- 以下 余白 ------「変更不可」欄に「√」又は「×」を記載した 保険医署名 場合は、署名又は記名・押印すること。 備 県薬 一郎 考 平 成 年 月 Н 公費負担者番号 調剤済年月日 公費負担医療の 保険薬局の 受給者番号 所在地及び名称 保険薬剤師氏名 **(1)** 

#### 【チェックポイント】

① 保険処方せんにおいて、「保険薬」と「薬価収載品目でない薬」を同時に処方 することはできない。



(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。) 1 2 3 4 5 6 公費負扣者番号 保险者番号 **公費負担医療の** 被保険者証・被保険者 123 • 4567 受給者番号 保険医療機関の 〒235-0007 かながわ たろう 神奈川 太郎 横浜市磯子区西町 14-11 氏 名 所在地及び名称 県薬医院 患 045-761-3241 雷話番号 30年5月29日(男)女 生年月日 者 保険医氏名 県薬 一郎 都道府県 1 4 点数表 番号 1 医療機関 1 2 3 被保険者 区 分 被扶養者 特に記載のある場合を除き 処方せんの 交付年月日 平成 24 年 5 月 22 日 平成 年 日 日 交付の日を含めて4日以内に 使用期間 保険薬局に提出すること。 個々の処方薬について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更に差し支えがあると判断した場合 には、「変更不可」欄に「✓」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。 変更不可 ① ラックビー微粒N 3 g 14 日分 分3 每食後服用 셌 ② プルゼニド錠 12mg 2 錠 検査前日就寝前に服用 1回分 ③ ニフレック配合内用剤 1袋 検査当日の朝服用 1回分 ———— 以下 余白 — 「変更不可」欄に「✔」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。 保険医署名 備 1 考 調剤済年月日 平成 年 月 日 公費負担者番号 公費負担医療の 保険薬局の 受給者番号 所在地及び名称 保険薬剤師氏名 ◍

処方せん

			(この処力	せん	は、ど	の保障	食薬局で	きもす	す効で	です	。)						
公事	負担者番号	THE PERSON NAMED IN			***************************************		保剛	食者番	:号			1	2	3	4	5	6
	骨担医療の 給 者 番 号						被保険 手帳の	ド証・被 記号・				12	23 •	456	7		
患	氏 名		神奈川	, j	太郎		保険医所在地			横	235·( 黄浜市 表薬[	7磯		西町	T 14	-11	
心者	生年月日	明大昭平	30年	5月2	29 日 🖢	<b>)</b> . 女		話番	-		45-7 県薬		324		栗栗	)	
	区分	被任	呆険者		被扶養	旨	都道府県 - 番号 -	4	点数表 番号	1	医板機	1	2	3 4	1 5	6	7
交	で付年月日	平成 24	年5月22	В	処方せ. 使用其	-	平成	年	月		F	交付	の日を	)ある <sup>は</sup> :含め <sup>*</sup> こ提出	74 E	以内	12
	変更不可		処方薬につい 変更不可」根														
処		1	ラックビ 分3 缶									3 g 14	g . 日	分			
~					以下	余	白 —										
方																	-
								_									
備	保険医署	<b>署名</b>	「変更不可 場合は、	署名	に「 <b>ノ</b> 」〕 又は記名	Zは「 ・押印	×」を記 すること	載し7 ・	= ]	(I)	)						
考					· · · · · ·					•							
調剤	】 削済年月日	平 成	年	月	月		公費負	担者	番号								П
	険 薬 局 の E地及び名称						公費負 受 給										
	薬剤師氏名				F												

- ① 検査前投薬、検査食、検査時使用薬は、医療機関側の診療報酬に含有されているので、院外処方にて投薬することはできない。医療機関にて投薬する。
- ② 同様に、医療機関内において診察時・処置時に使用する薬剤を院外処方にて投 薬することもできない。



	·····		(この処万	せんり	1、との1	米阿	<b>E</b> 樂局	G. 6.	月	30 C	. 9	٠)						
公曹	負担者番号				-		保	験者	番	号			1	2	3	4	5	6
	骨担医療の 給 者 番 号		7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7					<b>変者証</b> の記					1:	23 •	456	57		
患	氏 名		かながわ神奈川	大	ろう <b>に郎</b>		保険所在				村り	果薬	市磯 医防	子区		Ţ <b>14</b>	·11	
者	生年月日	明大昭平	30年5	月 29	9 日 男	女		話 険医				145* 県薬		-324		栗栗	)	
	区分	被伊	R 保 除 者	1	被扶養者		都道府県 番 号	1	4	点数表 番 号	1	医療	関 1	2	3	4 5	6	7
交	で付年月日	平成 24	年5月22	F	処方せんの 使用期間		平月	戊 4	年	月	В		交付	<b>か日</b> を	含め	場合を て4日 出する	以内	2
	変更不可		≟方薬について 変更不可」欄															
	The second secon	① ′	T J - 1 分3 毎		服用			and the state of					3 14	P. 1 目	 分			
処																		
					以下:	余日	∃ —											
方																		
	保険医署	 3名	「変更不可 場合は、	 」欄に 署名又		t 「: 門	×」を するこ	記載! と。	した	= ]								
備										,	Œ.	)						
考													_					
調剤	<b>刹済年月日</b>	平 成	年	月	日		公費:	負担	者者	*号								
	険薬局の						公費:				T							
	<ul><li>地及び名称</li><li>薬剤師氏名</li></ul>				(ET)											-		

処方せん

			(この)	処万 つ	せんは、	, E0	の保護	(薬局でも有効です。)	_
公事	費負担者番号							保険者番号 1 2 3 4 5 6	
	負担医療の 給 者 番 号							被保険者証・被保険者 手帳の記号・番号 123・4567	
患	氏 名		神奈	5 p	太人	。 う 訳		〒235-0007 保険医療機関の 横浜市磯子区西町 <b>14-11</b> 所在地及び名称 県薬医院	
者	生年月日	明大昭平	30	年 5	月 29	<b>男</b>	). 女	電話番号 045·761·3241 保険医氏名 県薬 一郎 (薬)	
	区分	被	保険者	>	被	—— 扶養者	ř	都道府県 1 4 点数表 1 医療機関 1 2 3 4 5 6 7	]
交	· 付年月日	平成 24	1年5月	22	H I '	シケセノ き 用 期		平成 年 月 日 特に版のある場合を除き、 交付の日を含めて4日以内に 保険薬局に提出すること。	
	変更不可							リック医薬品)への変更に差し支えがあると判断した場合 記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。	
処		1			夏厚朴 食前服		キス	顆粒(医療用) 7.5g 14 日分	
方									j
備	保険医署	署名	「変更場合	不可」		<b>✓</b> 」又 記名・	で 押印	<」を記載した すること。	
考								<u> </u>	
調剤	割済年月日	平 成	. 年	Ξ.	月	月		公費負担者番号	
1	険薬局の							公費負担医療の 受給者番号	The same section of the sa
	世及び名称 東剤師氏名					1			_

- ① 漢方薬は番号ではなく、薬品名を記載する。また、院内で使用している約束処方名 や記号での処方は、たとえ近隣薬局がその内容を理解していても不可。処方に記載す る薬品名は、薬価収載名または成分名に限る。
- ③ 保険で認められた漢方の用法は、「食前」または「食間」であり「食後」は適用外。



処 方 せ ん (この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

																_		$\overline{}$		
公費	負担者番号									保険	者番	号			1	2	3	4	5	6
	負担医療の 給 者 番 号	and the same of th								被保険者 手帳 の fi					12	23 •	456	67		
-	氏 名		かな神み	がわ		たる大良			1 '	呆険医 所在地		- 1	相	<b>美浜</b> i	0007 †磯 医院		西田	丁14	11	
患者	生年月日	明大昭平	30	9年	5月	29 ₽	9 (男	) 女		電話保険		-	_	45-′ 県薬	761 <sup>.</sup>	324		県薬	)	
	区分	被	保険者	D		被担	夫養者	Ť		<sup>前府県</sup> 1	4	点数表 番号	1	医療	制 ド 1	2	3	4 5	6	7
交	付年月日	平成 24	年5	月 22	П		ままり デザイン アイス			平成	年	月	В		交付	の日を	含め	場合を で4日 出する	以内	に
	変更不可									ック医薬										
処		1	チャ 1日	ンピ 1回				_								錠 日タ	र्			
7.0		2	チャ					_								錠				
			1日	2 巨	]	朝夕	食後	服用	] (	(D)C	続レ	て	服月	])	4	日う	7			
方		3	チャ					_								錠				
			1日	2 巨	] [	朝夕	食後	服用	] (	(2)C	続い	いて	服月	∄)	7	日う	f			
							以下	- 分	⋛⋵	l		_								
備	保険医署	8名	[変場	更不可 合は、	「」 欄 署名	に「  又は	<b>✓</b> 」∑ 記名・	スは「 ・押印	×」 する	を記載 ること。	えした	= ]								
MI													•	)						
考																				
調剤	削済年月日	平 成		年	F	]	日		2	公費負担	1者者	番号								
	険薬局の									公費負担				T						
	地及び名称						Æ									-				

処方せん

			(	この	処力	ラせん	んは、	الخط	の保	食薬 ほんしん かんしん かんしん かんしん かんしん かんしん かんしん かんしん	うで	も有	一効で	ごす	。)							
公費	負担者番号										保険	者番	号			1	2	2	3	4	5	6
	負担医療の 給 者 番 号		***************************************								保険者 帳 の ä					:	123	• 4	456	37		
患	氏 名		1	かな神名	がお	Î	たろ	<sup>う</sup> 『		1			護関の ・名称	1 N	黄浜	i-000 市碗 医医	幾子	区	西田	Ţ <b>1</b> 4	-11	
者	生年月日	明昭		30	) 年	5月	29 🛭	<b>9</b>	<b>)</b> . 女		電記 保険		•		45	-76 表	1-32		l 	果薬	)	
	区 分	<	被保	、険者			被抗	夫養え	者	都道府 番 号		4	点数表 番号	1	医糖	機関	1 2	2	3	4 5	6	7
交	付年月日	平成	24	年 5	月 <b>2</b> 2	2 月	1	ようせん 日 男 男		平月	戈	年	月		B	交	付の	日を	含め	T4 F	k除き 以内 こと	Z
	変更不可						後発医 <b>✓</b> 」又															
4n		(		•			ウス針 朝食:										錠日					
処		0			,		クス針	124,40									一	-				
				•			朝夕	-	_	(1	)に新	続レ	いて	报月	])		日					
方		(3	-	•		-	カス鉛 朝夕 <sup>·</sup>		_	1 (6	) ( z 4	続し	ハでド	服用	∃)		2 錠 7 日					
						-	.,		· 分				_	31271	•/	·		/3				
備	保険医署	<u></u> 署名		[「変]	更不可 合は、	可」 极 署名	間に「. 名又はi	<b>✓</b> 」∑ 記名	又は「 ・押印	—— ×」を するこ	 と記載 こと。	 えし†	٤ ]	(Fi	)							
考	ニコチ	ン依 <sup>2</sup>	存症	管理	里料	の舅	定に		う処	—— 方		-										
調剤	<b>刹済年月日</b>	平	成		年		1	日		公到	貴負担	2者	番号			$ \top $						
	険 薬 局 の E地及び名称										貴負担 給 者											
	薬剤師氏名								.													

- ① 地方厚生(支)局長へ施設基準の届出をした禁煙治療認定医療機関のみ健康保険 適用による処方せんが発行できる。
- ② 処方せんには、必ず備考欄に「ニコチン依存症管理料の算定に伴う処方」と明記する
- ③ 禁煙治療認定医療機関以外の医療機関が処方する場合は、保険外の扱いとなる。
- 4 他にニコチネルTTSの処方も同様に扱う。
- ⑤ 県内の禁煙治療認定医療機関は以下のホームページで検索可能。 http://www.pref.kanagawa.jp/cnt/f6955/p164299.html



### 「診療報酬請求書等の記載要領等について」の一部改正について(抄)

網掛け下線部は、平成24年記載要領改

定時に変更された部分となります。

(平成24年3月5日 保医発0305第13号 厚生労働省保険局医療課長通知)

#### 第5 処方せんの記載上の注意事項

- 1 「患者」欄について
  - (1) 氏名

投薬を受ける者の姓名を記載すること。

(2) 生年月日

投薬を受ける者の生年月日を記載すること。

(3) 男·女

投薬を受ける者の性別について該当するものを○で囲むこと。

(4)区分

該当するものを○で囲むこと。

2 「保険医療機関の所在地及び名称」欄について

保険医療機関指定申請の際等に地方厚生(支)局長に届け出た所在地及び名称を記載する こと。

3 「電話番号」欄について

保険医療機関の電話番号を記載することを原則とするが、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

4 「保険医氏名印」欄について

処方せんを発行した保険医(以下「処方医」という。)が署名するか、又は処方医の姓名を 記載し、押印すること。

4の2 「都道府県番号」、「点数表番号」及び「医療機関コード」欄について

「都道府県番号」欄には、保険医療機関の所在する都道府県番号2桁(診療報酬明細書に記載する都道府県番号と同様の番号)を記載すること。「点数表番号」欄には、医科は1を、歯科は3を記載すること。「医療機関コード」欄には、それぞれの医療機関について定められた医療機関コード7桁(診療報酬明細書に記載する医療機関コードと同様の番号)を記載すること。また、健康保険法第63条第3項第2号及び第3号に規定する医療機関については、「医療機関コード」欄に「9999999」の7桁を記載すること。

5 「交付年月日」欄について 患者に処方せんを交付した年月日を記載すること。

- 6 「処方せんの使用期間」欄について
  - (1) 交付の日を含めて4日以内の場合は、記載する必要がないこと。
  - (2) 患者の長期の旅行等特殊の事情があると認められる場合に、交付の日を含めて3日以内 又は交付の日を含めて4日を超えた日より調剤を受ける必要がある場合には、年月日を記載すること。

この場合において、当該処方せんは当該年月日の当日まで有効であること。

7 「処方」欄について

投薬すべき医薬品名、分量、用法及び用量を記載し、余白がある場合には、斜線等により 余白である旨を表示すること。

(1) <u>医薬品名は、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載(以下「一般名処方」という。)</u> 又は薬価基準に記載されている名称による記載とすること。なお、可能な限り一般名処方 を考慮することとし、一般名処方の場合には、会社名(屋号)を付加しないこと。

なお、薬価基準に記載されている名称を用いる場合、当該医薬品が、薬価基準上、2以 上の規格単位がある場合には、当該規格単位をも記載すること。

また、保険医療機関と保険薬局との間で約束されたいわゆる約束処方による医薬品名の省略、記号等による記載は認められないものであること。

- (2) 分量は、内服薬については1日分量、内服用滴剤、注射薬及び外用薬については投与総量、屯服薬については1回分量を記載すること。
- (3) 用法及び用量は、1回当たりの服用(使用)量、1日当たり服用(使用)回数及び服用 (使用)時点(毎食後、毎食前、就寝前、疼痛時、○○時間毎等)、投与日数(回数)並び に服用(使用)に際しての留意事項等を記載すること。
- (4) 特定保険医療材料(自己注射に用いる自己注射用ディスポーザブル注射器(針を含む。)、 万年筆型注入器用注射針、自己連続携行式腹膜灌流に用いる腹膜透析液交換セット、在宅 中心静脈栄養法に用いる在宅中心静脈栄養用輸液セット、在宅成分栄養経管栄養法に用い る在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスポーザブルカテーテル又は携帯型ディスポーザブ ル注入ポンプ)を保険薬局より支給させる場合は名称及び本数又はセット数を記載するこ と。
- (5) 処方医が処方せんに記載した医薬品の一部又はすべてについて後発医薬品への変更に差し支えがあると判断したときには、「備考」欄中の「保険医署名」欄に署名等を行うとともに、差し支えがあると判断した医薬品ごとに「変更不可」欄に「 ✓」又は「×」を記載し、患者及び処方せんに基づき調剤を行う保険薬局の保険薬剤師のいずれに対しても変更不可であることが明確に分かるように記載すること。なお、一般名処方の趣旨からして、一般名処方に対して「変更不可」欄に「✓」又は「×」が記載されることはあり得ないものであること。
- (6) <u>処方医が処方せんに記載した医薬品のうち(5)に基づいて「変更不可」欄に「✔」または「×」を記載していないもののうち、当該医薬品と含量規格が異なる後発医薬品又は類似する別剤形(※)の後発医薬品への変更に差し支えがあると判断したときには、「備考」欄中の「保険医署名」欄に署名等を行うとともに、当該医薬品の銘柄名の近傍に「含量規格変更不可」又は「剤形変更不可」と記載するなど、患者及び処方せんに基づき調剤を行う保険薬局の保険薬剤師のいずれに対しても含量規格変更不可又は剤形変更不可であることが明確に分かるように記載すること。</u>

※ 類似する別剤形の医薬品とは、内服薬であって、次の各号に掲げる分類の範囲内の他の 医薬品をいう。

ア 錠剤(普通錠)、錠剤(口腔内崩壊錠)、カプセル剤、丸剤

イ 散剤、顆粒剤、細粒剤、末剤、ドライシロップ剤(内服用固形剤として調剤する場合に限る。)

ウ 液剤、シロップ剤、ドライシロップ剤(内服用液剤として調剤する場合に限る。)

- (7) なお、内服薬の処方せんへの記載に当たっては、「内服薬処方せんの記載方法の在り方に 関する検討会報告書の公表について」(平成 22 年 1 月 29 日付医政発 0129 第 3 号薬食発 0129 第 5 号) も参考にされたい。
- 8 「備考」欄について
  - (1) 保険薬局が調剤を行うに当たって留意すべき事項等を記載すること。
  - (2) 麻薬を処方する場合には、麻薬取締法第 27 条に規定する事項のうち、患者の住所及び麻薬施用者の免許証の番号を記載すること。
  - (3) 長期の旅行等特殊の事情がある場合において、必要があると認め、必要最小限の範囲に おいて、投薬量が1回14日分を限度とされる内服薬及び外用薬であって14日を超えて投 与した場合は、その理由を記載すること。
  - (4) 未就学者である患者の場合は「6歳」と、高齢受給者又は後期高齢者医療受給対象者であって一般・低所得者の患者の場合は「高一」と、高齢受給者又は後期高齢者医療受給対象者であって7割給付の患者の場合は「高7」と記載すること。
  - (5) <u>処方医が、処方せんに記載した医薬品について後発医薬品に変更することに差し支えがあると判断した場合は、差し支えがあると判断した医薬品ごとに、「処方」欄中の「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載するとともに、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。</u>
- 9 その他

薬剤師は、調剤したときは、その処方せんに以下の事項を記載すること。

(1) 「調剤済年月日」欄について

処方せんが調剤済となった場合の年月日を記載すること。その調剤によって、当該処方せんが調剤済とならなかった場合は、調剤年月日及び調剤量を処方せんに記載すること。

- (2) 「保険薬局の所在地及び名称」欄について 保険薬局指定申請の際等に地方厚生(支)局長に届け出た所在地及び名称を記載すること。
- (3)「保険薬剤師氏名母」欄について

調剤を行った保険薬剤師が署名するか又は保険薬剤師の姓名を記載し、押印すること。

- (4) その他次の事項を「備考」欄又は「処方」欄に記入すること。
  - ア 処方せんを交付した医師又は歯科医師の同意を得て処方せんに記載された医薬品を変 更して調剤した場合には、その変更内容
  - イ 医師又は歯科医師に照会を行った場合は、その回答の内容

# 処方せんには、「用法」が正しく記載されていることが必要です。 その理由は?

院外処方せんの用法の記載不備については、従来から指摘されているところですが、処方医療機関によっては、いまだ用法未記入だったり、「用法口授」「医師の指示通り」等の記載が見受けられ、また保険薬局でもそのまま調剤している例もたまに見受けられます。

なぜ必要なのか? それは、

『患者さんに正しい医薬品情報を提供して、安全で、効果的な薬物療法を行うため』のものと考えられています。また、これを正しく行うための裏づけとして、法令や厚生省通知に次の様に示されています。

#### ◎薬剤師法

1. 第 25 条 (調剤された薬剤の表示)

薬剤師は、販売又は授与の目的で<u>調剤した薬剤</u>の容器又は被包に、<u>処方せんに記載された</u> 患者の氏名、用法、用量その他厚生労働省令で定める事項を記載しなければならない。

2. 第 25 条の 2 (情報の提供)

薬剤師は、販売又は授与の目的で調剤したときは、患者又は現にその看護に当たっている者に対し、調剤した薬剤の**適正な使用のために必要な情報**を提供しなければならない。

◎医師法施行規則

第21条(処方せんの記載事項)

医師は、患者に交付する<u>処方せん</u>に、患者の氏名、年齢、薬名、分量、<u>用法</u>、用量、発行の年月日、使用期間及び病院若しくは診療所の名称及び所在地又は医師の住所を記載し、記名押印又は署名しなければならない。

◎保険医療及び保険医療担当規則

第23条(処方せんの交付)

保険医は、処方せんを交付する場合には、様式第2号又はこれに準ずる様式の<u>処方せんに</u> 必要な事項を記載しなければならない。

- 2 保険医は、その交付した処方せんに関し、保険薬剤師から疑義の照会があった場合には、 これに適切に対応しなければならない。
- ◎診療報酬請求書等の記載要領等について

診療録等の記載上の注意事項

- 第5 処方せん記載上の注意事項
  - 7 「処方」欄について

投薬すべき医薬品名、分量、用法及び用量を記載し、余白がある場合には、斜線等により余白である旨を表示すること。

(3) 用法及び用量は、1回当たりの服用(使用)量、1日当たり服用(使用)回数及び服用(使用)時点(毎食後、毎食前、就寝前、疼痛時、○○時間毎等)、投与日数(回数)並びに服用(使用)に際しての留意事項等を記載すること。

以上の点から、処方せんに用法を記載することはもちろん、薬剤師法 第 25 条の 2 の観点を踏まえ、患者への情報提供に関して「用法口授」「医師の指示通り」の文言は適切でないと考えられます。

	処	方	せ	$\lambda$	
	_	(この処方せんは、	どの保険薬局でも有効で	です。)	
公費負担者番号			保険者番号		
公費負担医療 の受給者番号	<b>奈</b> 		被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号		
氏 名			保険医療機関の 所在地及び名称		
者 生年月日	明 大 年 月 平	日 男・女	電話番号 保険医氏名		(FI)
区分	被保険者	被扶養者	都道府県 点数 番号 番		
交付年月日	平成 年	月 日	処 方 せ ん の 使 用 期 間	平成 年 月 日	特に記載のある場合 を除き、交付の日を含 めて4日以内に保険薬 局に提出すること。
<b>如</b>					
保険医署備考	】 上名【 「変更不可」欄 場合は、署名又	に「V」又は「×」 は記名・押印するこ	を記載した		
調剤済年月日	平成 年	月 日	公費負担者番号		
保険薬局の所在 地 及 び 名 称 保険薬剤師氏名		(FI)	公費負担医療の 受 給 者 番 号		

- 2. この用紙は、日本工業規格 A 列5番を標準とすること。
- 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(昭和51年厚生省令第36号)第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとすること。

# 麻薬・向精神薬の投与上限日数

# 平成25年 6月 30日現在

- ◎ 「種」における略号について、 麻:麻薬、向:向精神薬、
- ◎ 該当する後発医薬品が多種発売されたので、銘柄名を下記の如く記載した。例: グアゼパム錠15mg「○○」

No. 1

商品名 • 規格	種	投与上限日数	成 分	メーカー
アクレフ 口腔粘膜吸収剤200μg、同400μg、同600μg、同800μg	麻	14日	フェンタニルクエン酸塩	田辺三菱
アスコマーナ錠0.125mg、同錠0.25	向	30日	トリアゾラム	日新:山形、富士フィルム
アストモリジン配合胃溶錠	向	30日	プロキシフィリン・エフェドリン他配合剤	マルホ
アストモリジン配合腸溶錠	向	30日	プロキシフィリン・エフェドリン他配合剤	マルホ
アヘンチンキ(10%)	麻	14日	アヘン	武田
アヘンチンキ「第一三共」(10%)	麻	14日	アヘン	第一三共
アヘン散(10%)	麻	14日	アヘン	武田
アヘン散「第一三共」(10%)	麻	14日	アヘン	第一三共
アヘン末「第一三共」	麻	14日	アヘン	第一三共
アムネゾン錠0.25mg	向	30日	ブロチゾラム	日新:山形
アルプラゾラム錠0.4mg「トーワ」、同錠0.8mg「トーワ」	向	30日	アルプラゾラム	東和薬品、第一三共
アレビアチン配合錠(複合)	向	90日	フェニトイン・フェノバルビタール配合剤	大日本住友
アンペック坐剤10mg、同坐剤20mg、同坐剤30mg	麻·坐薬	30日	モルヒネ塩酸塩水和物(坐剤)	大日本住友
アンペック注10mg(1%)、同注50mg(1%)、同注200mg(4%)	麻·注射	30日	モルヒネ塩酸塩水和物(注射)	大日本住友
イソクリン糖衣錠5、同錠10mg (経過措置期間:2014. 3. 31. まで)	向	30日	クロチアゼパム	沢井
イソミタール原末	向	14日	アモバルビタール	日本新薬
エスタゾラム錠1mg「アメル」、同錠2mg「アメル」	向	30日	エスタゾラム	共和薬品、日医工
エチルモルヒネ塩酸塩水和物「第一三共」原末	麻	14日	エチルモルヒネ塩酸塩	第一三共
エバミール錠1.0	向	30日	ロルメタゼパム	バイエル
エハミール錠1.0 MSコンチン錠10mg、同錠30mg、同錠60mg	麻	30日	モルヒネ硫酸塩水和物	塩野義
MSツワイスロンカプセル10mg、同カプセル30mg、同カプセル60mg	麻	30日	モルヒネ硫酸塩水和物	日本化薬
エリスパン細粒0.1%、同錠0.25mg	向	30日	フルジアゼパム	大日本住友
エリスハン細粒0.1%、 同蜒0.25mg エリミン錠3mg、 同錠5mg	向	30日	ニメタゼパム	大日本住友
エリミン蜒3mg、同蜒3mg オキサゾラム細粒10%「イセイ」	向	30日	オキサゾラム	イセイ
オキシフンス福祉 10% イビュー オキシコンチン錠5mg、同錠10mg、同錠20mg、同錠40mg	麻	30日	オキシコドン塩酸塩水和物	塩野義
オキファスト注10mg、同葉10mg、同葉20mg、同葉70mg	麻·注射	14日	オキシコドン塩酸塩水和物	塩野義
オキノアスト注 10mg、同注30mg オキノーム散2.5mg、同散5mg、同散10mg	麻麻	30日	オキシコドン塩酸塩水和物	塩野義

商品名 • 規格	種	投与上限日数	成 分	メーカー
オピスタン原末	麻	14日	ペチジン塩酸塩	田辺三菱
オプソ内服液5mg、同内服液10mg	麻	30日	モルヒネ塩酸塩水和物	大日本住友
カームダン錠0.4mg、同錠0.8mg	向	30日	アルプラゾラム	共和薬品
カディアンカプセル20mg、同カプセル30mg、同カプセル60mg	麻	30日	モルヒネ塩酸塩水和物	大日本住友
カディアンスティック粒30mg、同スティック粒60mg、同スティック粒120mg	麻	30日	モルヒネ塩酸塩水和物	大日本住友
カムリトン0.25mg錠	向	30日	トリアゾラム	寿
クアゼパム錠15mg「〇〇」、同錠20mg「〇〇」	向	30日	クアゼパム	各社
グッドミン錠0.25mg	向	30日	ブロチゾラム	田辺三菱
クロチアゼパム錠5mg「〇〇」、同錠10mg「〇〇」	向	30日	クロチアゼパム	各社
クロルジアゼポキシド錠5mg「ツルハラ」、同10mg、同散1%	向	30日	クロルジアゼポキシド	鶴原
コカイン塩酸塩「○○」原末	麻·外用	14日	コカイン塩酸塩(外用)	各社
コデインリン酸塩「〇〇」原末	麻	30日	コデインリン酸塩水和物	各社
コデインリン酸塩散10%「〇〇」	麻	30日	コデインリン酸塩水和物	各社
コデインリン酸塩錠20mg「〇〇」	麻	30日	コデインリン酸塩水和物	各社
コデインリン酸塩水和物「〇〇」原末	麻	30日	コデインリン酸塩水和物	各社
コンサータ錠18mg、同錠27mg	向	30日	メチルフェニデート塩酸塩	ヤンセン
コンスーン散1%、同錠5、同錠10	向	30日	クロルジアゼポキシド	鶴原
コンスタン0.4mg錠、同0.8mg錠	向	30日	アルプラゾラム	武田
コントール散1%、同散10%、5mg同錠、10mg同錠	向	30日	クロルジアゼポキシド	武田 武田
サイレース錠1mg、同錠2mg	向	30日	フルニトラゼパム	エーザイ
サノレックス錠0.5mg	向	14日	マジンドール	ノバルティス
ザルバン注0.2mg、同注0.3mg	向·注射	30日	ブプレノルフィン塩酸塩(注射)	日新:山形
ジアゼパム散1%「〇〇」、同錠2mg「〇〇」、同錠5mg「〇〇」	向	90日	ジアゼパム	各社
ジアパックス錠2mg、同錠5mg	向	90日	ジアゼパム	大鵬薬品
ジヒドロコデインリン酸塩「〇〇」原末	麻	30日	ジヒドロコデインリン酸塩	各社
ジヒドロコデインリン酸塩散10%「〇〇」	麻	30日	ジヒドロコデインリン酸塩	各社
ジメトックス錠1、同錠2	向	30日	ロフラゼプ酸エチル	三和化学
スカルナーゼ錠1mg、同錠2mg	向	30日	ロフラゼプ酸エチル	東和薬品
セエルカム錠2、同錠5、同錠10 (経過措置期間:2014.3.31.まで)	向	90日	ジアゼパム	鶴原
ゼストロミン錠0.25mg (経過措置期間:2014.3.31.まで)	向	30日	ブロチゾラム	東和薬品

No. 3.

商品名 規格	種	投与上限日数	成 分	メーカー
セニラン坐剤3mg	向·坐薬	14日	ブロマゼパム(坐剤)	サンド
セニラン細粒1%、同錠1mg、同錠2mg、同錠3mg、同錠5mg	向	30日	ブロマゼパム	サンド
セパゾン散1%、同錠1、同錠2	向	30日	クロキサゾラム	第一三共
セルシン散1%、2mg同錠、5mg同錠、10mg同錠、同シロップ0.1%	向	90日	ジアゼパム	武田
セレナール散10%、同錠5、同錠10	向	30日	オキサゾラム	第一三共
セレナミン錠2mg、同錠5mg	向	90日	ジアゼパム	旭化成
ソセゴン錠25mg	向	14日	塩酸ペンタゾシン	アステラス
ソメリン細粒1%、同錠5mg、同錠10mg	向	30日	ハロキサゾラム	第一三共
ソラナックス0.4mg錠、同0.8mg錠	向	30日	アルプラゾラム	ファイザー
ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「〇〇」、同10mg「〇〇」	申	30日	ゾルピデム酒石酸塩	各社
ゾルピデム酒石酸塩OD錠5mg「〇〇」、同OD錠10mg「〇〇」	向	30日	ゾルピデム酒石酸塩	各社
ゾルピデム酒石酸塩ODフィルム5mg「モチダ」、同フィルム10mg	向	30日	ゾルピデム酒石酸塩	持田
ソレントミン錠0.25mg	向	30日	ブロチゾラム	ファイザー、マイラン
ダイアップ坐剤4、同坐剤6、同坐剤10	向·坐薬	14日	ジアゼパム(坐剤)	和光堂
ダルメートカプセル15	向	30日	フルラゼパム塩酸塩	共和
チスボン錠5、同錠10 (経過措置期間:2014.3.31.まで)	向	90日	ニトラゼパム	鶴原
デュロテップMTパッチ2.1mg、同4.2mg、同8.4mg、同12.6mg、同16.8mg	麻·貼付	30日	フェンタニル(貼付剤)	ヤンセン
ドーフル散	麻	14日	アヘン・トコン	武田
ドーフル散「第一三共」	麻	14日	アヘン・トコン	第一三共
ドラール錠15、同錠20	向	30日	クアゼパム	田辺三菱
トランコロンP配合錠	向	30日	臭化メペンゾラート・フェノバルビタール配合剤	アステラス
トリアゾラム錠0.125mg「〇〇」、同錠0.25mg「〇〇」	向	30日	トリアゾラム	各社
トリアラム錠0.125mg、同錠0.25mg	向	30日	トリアゾラム	小林化工
ナオリーゼ錠5mg、同錠10mg (経過措置期間:2014.3.31.まで)	向	30日	クロチアゼパム	鶴原
ニトラゼパム錠5mg「〇〇」、同錠10mg「〇〇」	向	90日	ニトラゼパム	各社
ネストローム錠0.25mg	向	30日	ブロチゾラム	辰巳、富士フィルム
ネルボン散1%、同錠5mg、同錠10mg	向	90日	ニトラゼパム	第一三共
ネルロレン細粒1%、同錠「5」、同錠「10」	向	90日	ニトラゼパム	辰巳
ノイクロニック錠5	向	90日	ニトラゼパム	テバ
ノクスタール錠0.25mg	向	30日	ブロチゾラム	アルフレッサ
ノルスパンテープ <sup>5</sup> mg、同テープ10mg、同テープ20mg	向·貼付	14日	ブプレノルフィン	久光

商品名 規格	種	投与上限日数	成分	メーカー
パシーフカプセル30mg、同カプセル60mg、同カプセル120mg	麻	30日	モルヒネ塩酸塩水和物	武田
パビナール注「タケダ」	麻·注射	14日	複方オキシコドン(注射)	武田
バランス散10%、同錠5mg、同錠10mg	向	30日	クロルジアゼポキシド	丸石
ハルシオン0.125mg錠、同0.25mg錠	向	30日	トリアゾラム	ファイザー
バルビタール「ホエイ」(末)	向	14日	バルビタール	マイラン
ハルラック錠0.125mg、同錠0.25mg	向	30日	トリアゾラム	共和
パルレオン錠0.125mg、同錠0.25mg	向	30日	トリアゾラム	大洋
パンオピン「タケダ」(末)	麻	,14日	アヘンアルカロイド塩酸塩	武田
ピーガード錠20mg、同錠30mg、同錠60mg、同錠120mg	麻	30日	モルヒネ塩酸塩水和物	田辺三菱
ヒダントールD配合錠	向	90日	フェニトイン・フェノバルビタール他配合剤	第一三共
ヒダントールE配合錠	向	90日	フェニトイン・フェノバルビタール他配合剤	
ヒダントールF配合錠	向	90日	フェニトイン・フェノバルビタール他配合剤	第一三共
ビビットエース錠1mg、同錠2mg	向	30日	フルニトラゼパム	辰巳
ヒルスカミン錠5mg	向	90日	ニトラゼパム	イセイ
フェノバール原末、同散10%、同錠30mg、同エリキシル0.4%	向	90日	フェノバルビタール	第一三共
フェノバルビタール「ホエイ」(末)、同散10%「ホエイ」	向	90日	フェノバルビタール	マイラン
フェノバルビタール散10%「〇〇」	向	90日	フェノバルビタール	各社
フェンタニル注射液0.1mg「〇〇」、同注射液0.25mg、同注射液0.5mg	麻·注射	30日	フェンタニルクエン酸塩(注射)	各社
フェンタニル3日用テープ2.1、4.2、8.4、12.6、16.8mg「〇〇」	麻·貼付	30日	フェンタニル(貼付剤)	各社
フェントステープ1mg、同2mg、同4mg、同6mg、同8mg	麻·貼付	30日	フェンタニルクエン酸塩(貼付剤)	久光、協和発酵キリン
複合アレビアチン配合錠	向	90日	フェニトイン・フェノバルビタール	大日本住友
フルトラース錠1mg、同錠2mg	向	30日	フルニトラゼパム	シオノ
フルニトラゼパム錠1mg「〇〇」、同錠2mg「〇〇」	向	30日	フルニトラゼパム	各社
プレペノン注50mgシリンジ、同注100mgシリンジ	麻·注射	30日	モルヒネ塩酸塩水和物(注射)	テルモ
ブロゾーム錠0.125mg、同錠0.25mg (経過措置期間:2014.3.31.まで	向	30日	ブロチゾラム	ニプロ
ブロチゾラムM錠0.25「EMEC」	向	30日	ブロチゾラム	エルメッドエーザイ
ブロチゾラムOD錠0.25mg「〇〇」	向	30日	ブロチゾラム	各社
ブロチゾラム錠0.25mg「〇〇」	向	30日	ブロチゾラム	各社
ブロチゾラム錠0.125mg「NP」	向	30日	ブロチゾラム	ニプロ
ブロチゾラン錠0.25mg (経過措置期間:2014. 3. 31. まで)	白	30日	ブロチゾラム	日医工
ブロメトン錠0.25mg	向	30日	ブロチゾラム	マイラン

商品名 - 規格	種	投与上限日数		メーカー
ベゲタミン-A配合錠	向	30日	クロルプロマジン・プロメタジン他配合剤	塩野義
ベゲタミン-B配合錠	向	30日	クロルプロマジン・プロメタジン他配合剤	塩野義
ベタナミン錠10mg、同錠25mg、同錠50mg	向	30日	ペモリン	三和化学
ベノジールカプセル10、同カプセル15	向	30日	フルラゼパム塩酸塩	協和発酵キリン
ペルサール細粒10%、同錠10mg、同錠20mg (経過措置:2014. 3. 31.)	向	30日	オキサゾラム	イセイ
ペルタゾン錠25	向	14日	塩酸ペンタゾシン	日本化薬
ベンザリン細粒1%、同錠2、同錠5、同錠10	向	90日	ニトラゼパム	塩野義
ペンタジン錠25	向	14日	塩酸ペンタゾシン	第一三共
ホリゾン散1%、同錠2mg、同錠5mg	向	90日	ジアゼパム	丸石
マイスタン細粒1%、同錠5mg、同錠10mg	向	90日	クロバザム	大日本住友、アルフレッサ
マイスリー錠5mg、同錠10mg	向	30日	ゾルピデム酒石酸塩	アステラス
ミンザイン錠0.125mg、同錠0.25mg (経過措置期間:2014.3.31.まで)	向	30日	トリアゾラム	日医工
メイラックス細粒1%、同錠1mg、同錠2mg	向	30日	ロフラゼプ酸エチル	MeijiSeika
メサペイン錠5mg、同錠10mg	麻	14日 下段参照	メサドン塩酸塩	テルモ
メダゼパム錠2(ツルハラ)、同錠5(ツルハラ)	向	30日	メダゼパム	鶴原
メデタックス錠1、同錠2 (経過措置期間:2014.3.31.まで)	向	30日	ロフラゼプ酸エチル	沢井
メテバニール錠2mg	麻	14日	オキシメテバノール	第一三共
メデポリン錠0.4、同錠0.8	向	30日	アルプラゾラム	沢井
メンドンカプセル7.5mg	向	14日	クロラゼプ酸ニカリウム	アボット
モディオダール錠100mg	向	30日	モダフィニル	アルフレッサ、田辺三菱
モルヒネ塩酸塩錠10mg「DSP」	麻	30日	モルヒネ塩酸塩水和物	大日本住友
モルヒネ塩酸塩水和物「〇〇」原末	麻	30日	モルヒネ塩酸塩水和物	各社
モルヒネ塩酸塩注射液10mg「〇〇」、同50mg、同200mg	麻·注射	30日	モルヒネ塩酸塩水和物(注射)	各社
モルペス細粒2%、同細粒6%	麻	30日	モルヒネ塩酸塩水和物	藤本
ユーパン錠0.5mg、同錠1.0mg	向	30日	ロラゼパム	沢井
ユーロジン散1%、同1mg錠、同2mg錠	向	30日	エスタゾラム	武田
ユーロンフ版 い、に I mig & 、 に I mig	向	14日	ペントバルビタールカルシウム	田辺三菱
ランドセン細粒0.1%、同細粒0.5%、同錠0.5mg、同錠1mg、同錠2mg	向	90日	クロナゼパム	大日本住友
リーゼ顆粒10%、同錠5mg、同錠10mg	向	30日	クロチアゼパム	田辺三菱
リタリン散1%、リタリン錠10mg	向	30日	メチルフェニデート塩酸塩	ノバルティス
リボトリール細粒0.1%、同細粒0.5%、同錠0.5mg、同錠1mg、同錠2mg	向	90日	クロナゼパム	中外

<sup>\*</sup>メサペイン錠:薬価収載1年後、新医薬品としての投与期間の上限が解除された後も、各成分による投与期間が定められます。

· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	and the second s			
商品名 • 規格	種	投与上限日数	成 分	メーカー
リリフター錠5、同錠10 (経過措置期間:2013.9.30.)	向	30日	クロチアゼパム	日医工
ルピアール坐剤25、同坐剤50、同坐剤100	向·坐薬	14日	フェノバルビタールナトリウム(坐剤)	久光
レキソタン細粒1%、同錠1、同錠2、同錠5	向	30日	ブロマゼパム	エーザイ
レスミット錠2、同錠5	向	30日	メダゼパム	塩野義
レドルパー錠0.25mg (経過措置期間:2013.9.30.)	向	30日	ブロチゾラム	大原、旭化成
レペタン坐剤0.2mg、同坐剤0.4mg	向·坐薬	14日	ブプレノルフィン塩酸塩(坐薬)	大塚製薬
レペタン注 0.2mg、同注 0.3mg	向·注射	30日	ブプレノルフィン塩酸塩(注射)	大塚製薬
レンデムD錠0.25mg (経過措置期間:2013. 9. 30. )	向	30日	ブロチゾラム	沢井
レンデム錠0.25mg (経過措置期間:2013. 9. 30.)	向	30日	ブロチゾラム	沢井
レンドルミンD錠0.25mg	向	30日	ブロチゾラム	日本ベーリンガー
レンドルミン錠0.25mg	向	30日	ブロチゾラム	日本ベーリンガー
ロヒプノール錠1、同錠2	向	30日	フルニトラゼパム	中外
ロフラゼプ酸エチル錠1mg「サワイ」、同錠2mg	向	30日	ロフラゼプ酸エチル	沢井
ロフラセフ酸エテル錠 Imgi ケッキ」、injuczing	向	30日	ロルメタゼパム	あすか-武田
ロンフルマン錠0.25mg (経過措置期間:2014.3.31.)	向	30日	ブロチゾラム	共和
	向	30日	ロフラゼプ酸エチル	ファイザー
ロンラックス錠1mg、同錠2mg	向	30日	ロラゼパム	ファイザー
ワイパックス錠0.5、同錠1.0	向·坐薬	14日	フェノバルビタールナトリウム(坐剤)	和光堂
ワコビタール坐剤15、同坐剤30、同坐剤50、同坐剤100	麻·貼付	30日	フェンタニル(貼付剤)	ヤンセン
ワンデュロパッチ0.84mg、同1.7mg、同3.4mg、同5mg、同6.7mg	נובא אא	- OOH	12-27-14 (MI 13/13/	

メーカー発信文書、添付文書等でのご確認をお願いいたします。

### 公益社団法人 神奈川県薬剤師会

### 〈 医薬品適正使用検討委員会 〉

神奈川県医師会 理 事 羽鳥 裕 神奈川県病院協会 常任理事 遠山 慎 一 神奈川県歯科医師会 専務理事 関 泰 神奈川県病院薬剤師会 会 長 高 尾 良洋 神奈川県薬剤師会 副会長 竹ノ内 敏 孝 専務理事 鵜飼 典 男

### 〈 医療保険委員会(平成24年度) 〉

員 長 阿部 正隆 副委員長 永 持 健 夏目 善 文 委 員 荒木 飯田 純一 石 内 正佳 稔 IJ 伊藤 啓 臼 井 道夫 大 岡 元 菅 野 弘 忠 IJ 大 島 崇 弘 君 子 小 林 関 口 信 香 良 二 長 津 雅則 IJ 高 橋 嶋 仁 直樹 福 藤本 堀川 壽代 IJ 渡 部 幸子 担当副会長 竹ノ内 敏 孝 担当常務理事 後藤 知 良 担当理事 小 川 花 島 邦彦 護 寺 門 憲二 事 務 局