

生活保護受給者への先発医薬品の調剤状況

令和 3年 5月調剤分

No	調剤を行った月日	受給者氏名	生年月日	公費負担者番号								受給者番号								処方医による処方の種別 (A:一般名処方、B:後発医薬品への変更を可とする銘柄名処方)	処方医が後発医薬品への変更を不可としていない(一般名処方を含む)場合に、先発医薬品を調剤した事情等			
				1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8		1	2	3	4
例	5月10日	忍者 太郎	S30.3.3	1	2	2	4	3	2	1	8	1	2	3	1	2	3	4	A	○			ロキソニン60mg	
例	5月15日	伊賀 花子	H7.7.7	1	2	2	4	3	2	1	8	5	6	7	5	6	7	8	B	本人ジェネリックでかぶれたことがある、とのこと。処方医に確認がとれず、福祉事務所にも確認がとれなかったため。				モーラステープL
3				1	2	2	4	3	2	1	8													
4	<p>【報告対象】</p> <ul style="list-style-type: none"> 後発医薬品のある先発医薬品のうち、上記1～3に当てはまるもの。いずれにも該当しない場合は、その内容について記入してください。 ※報告対象外：医師が後発医薬品への変更を不可とする銘柄名処方をしている場合。自立支援医療等の単独請求の場合。 <p>【記入項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> 調剤状況報告年月(右上) 調剤月日・氏名・生年月日・受給者番号・処方種別・調剤事情等(調剤した先発医薬品名も含む) 薬局・医療機関名(院内処方)・住所・電話番号 <p>【その他】</p> <ul style="list-style-type: none"> 本人の希望のみを理由として先発医薬品を使用することはできません。本人の状態や病状により、後発医薬品処方ที่เหมาะสมでない場合は、処方医へ確認の上、必要と認められた場合にのみ、先発医薬品の調剤を行ってください。 																							
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								

1～3のいずれかに、○印を記入してください

[あて先]伊賀市健康福祉部生活支援課 mail: shien@city.iga.lg.jp

[あて先]伊賀市健康福祉部生活支援課 mail: shien@city.iga.lg.jp

薬局名(住所) (例) 忍者薬局 伊賀市四十九町3184番地
 病院・診療所名

(電話) (例) 0595-22-9630