

2022年2月1日

保険薬局 ご関係者 各位

医療法人橘会 東住吉森本病院
薬剤科長 野村剛久

医薬品流通不全に伴う院外処方箋記載について（ご案内）

平素は当院発行の処方箋にご対応を頂き厚く御礼申し上げます。

今般、医療用医薬品について、製造上のトラブルや生産の一時停止、原薬の輸入困難など様々な原因により、長期にわたり安定供給が滞り、医療の円滑な提供に深刻な影響を及ぼす事態が発生しております。保険薬局においても流通不全に伴い、必要な医薬品の入手が困難な状況と拝察します。

この度、流通不全に起因する患者様や保険薬局ならびに診療現場の煩雑さを軽減するため、当院から発行する院外処方箋について次の措置を実施いたします。

▼処方箋左下の備考欄に下記文章を追記

- ・流通不全を理由とする場合に限り同成分の先発品及び後発品への変更可

（□：変更不可の場合は「レ」を記載）

※ 薬剤変更に伴う疑義照会は不要です。変更した場合は下記までFAXにてお知らせください。

FAX 06-6606-0055

※ 患者様には十分な説明をお願いいたします。

※ 「変更不可」としても、在庫が整わない場合が十分考えられる旨を院内通知しています。

▼運用開始日 2022年2月15日

なお、本運用は流通不全による一時的な対応であることをご留意ください。

流通が正常化した場合は記載事項を削除いたします。その場合は改めてご案内いたします。

ご理解とご協力ならびにご周知の程宜しくお願いいたします。

以上

本件に関する照会先

医療法人橘会 東住吉森本病院
薬剤科長 野村 剛久
TEL 06-6606-0010（代表）

(この処方せんは、どこかの保険薬局でも有効です。)

処方箋

14171-000

市町村番号・ 公費負担者番号		保険者番号	
老人医療・ 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 氏名	ID	9100130	整形外科	保険医療機関の 〒546-0014
	氏名	テストン 130 テスト新 130	様 女	所在地及び名称 大阪市東住吉区鷹合3丁目2番6号
	生年月日	平 29年 01月 01日 生 (5歳)		医療法人橋会 東住吉森本病院
社保	国保		負担割	電話番号 06(6606)0010/FAX 06(6606)0055
	都道府県番号	27	点数表番号	1
		医療機関コード	0807708	保険医氏名 新テスト 医師 (印)

交付年月日	2022年01月17日	処方箋の使用期限	年 月 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）への変更には差し支えがあると判断した場合には「変更不可」欄に「レ」または「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。]

× 1	カンデサルタン錠 8mg 「あすか」	1 錠	懸濁
	分 1 夕食後	7日分	
× 2	シルニジピン錠 10mg 「サワイ」	2 錠	懸濁
	分 1 朝食後	7日分	
× 3	ネキシウムカプセル 20mg	1 C	別包 懸濁
	分 1 朝食後	7日分	
× 4	カロナール錠 300mg	1 錠	懸濁
	分 1 朝食後	7日分	

赤枠内を追記しました。
他剤に変更不可の場合は「レ」が記入されます。
ただし、その場合でも在庫が整わない場合が十分考えられることを院内通知しています。

流通不全を理由とする場合に限り同成分の先発品及び後発品への変更可 (□ : 変更不可の場合は「レ」を記載)
後発品への変更不可 保険医署名 新テスト 医師 (印)
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」を記載すること。) □保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 □保険医療機関へ情報提供

麻薬施用者 免許証 第 号	患者 住所
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 (印)	

「後発医薬品への変更不可」欄に押印がない場合は変更可。 出力日時: 2022/01/17 18:27:54 1/1

※特に記載のある場合を除き交付日を含めて4日以内に保険薬局へ提出してください

患者さまへ

- この処方箋を院外の保険薬局（調剤薬局）に提出し、お薬をお受け取りください。
- 使用期限は特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内です。
- 当院では、お薬を適正かつ安全に使用するために、検査情報を保険薬局に開示することを患者さまへお勧めしています。開示することを望まれない場合は、検査値欄を切り取って、保険薬局へお渡しください。

保険薬局薬剤師の方へ

不明な点がございましたら、処方医師に直接ご照会をお願いいたします。

代表電話（06-6606-0010）に処方医師名をお伝えください。

直近の検査結果値（過去3か月以内の最新結果値です）

検査項目	検査結果値	検査日	検査項目	検査結果値	検査日
WBC	未検査	(****/**/**)	CRE	未検査	(****/**/**)
Hb	未検査	(****/**/**)	CRP	未検査	(****/**/**)
PLT	未検査	(****/**/**)	CK	未検査	(****/**/**)
NEUT	未検査	(****/**/**)	Na	未検査	(****/**/**)
AST	未検査	(****/**/**)	K	未検査	(****/**/**)
ALT	未検査	(****/**/**)	ALB	未検査	(****/**/**)
T-BIL	未検査	(****/**/**)	HbA1c (NGSP)	未検査	(****/**/**)
ALP	未検査	(****/**/**)	PT/INR	未検査	(****/**/**)

各検査項目の説明

項目名	内容	基準値(単位)	項目名	内容	基準値(単位)
WBC	白血球数	33.0-86.0 ($\times 10^3 / \mu L$)	CRE	血清クレアチニン	男:0.65-1.07 女:0.46-0.79 (mg/dL)
Hb (HGB)	ヘモグロビン	男:13.7-16.8 女:11.6-14.8 (g/dL)	CRP	C反応性蛋白	0.1以下 (mg/dL)
PLT	血小板数	15.9-34.8 ($\times 10^3 / \mu L$)	CK	クレアチンキナーゼ	男:59-248 女:41-153 (U/L)
NEUT	好中球数	($\times 10^3 / \mu L$)	Na	ナトリウム	138-145 (mEq/L)
GOT (AST)	アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ	13-30 (U/L)	K	カリウム	3.6-4.8 (mEq/L)
GPT (ALT)	アラニンアミノトランスフェラーゼ	男:10-42 女:7-23 (U/L)	ALB	アルブミン	4.1-5.1 (g/dL)
T-BIL	総ビリルビン	0.4-1.5 (mg/dL)	HbA1c (NGSP)	糖化ヘモグロビン	4.9-6.0 (%)
ALP	アルカリフォスファターゼ	106-322 (U/L)	PT/INR	プロトロンビン時間国際標準比	0.9-1.1 (-)