

報告日： 年 月 日

後発医薬品のある先発医薬品（長期収載品）の選定療養に伴う変更報告

担当医	科	先生 御机下
病院患者ID	保険薬局名	
患者氏名	TEL	
	FAX	
	担当薬剤師	

情報内容と聞き取り日： 月 日（ ）

- 変更不可にチェックがされていて、処方せん表記が後発医薬品名（銘柄指定）になっている（当院の電子カルテでは先発不可にチェックを付けると処方箋表記が後発医薬品名になってしまうため、医師が意図しているのは先発医薬品）
- 変更不可にチェックがされていて、変更理由が記載されていない
- 変更不可にチェックがなく、フリーコメントに先発品希望と記載されている
- 手書きで変更不可にチェックが入っている（先発品表記以外）
- 変更不可にチェックがされているが、医師署名欄に署名または押印がない
- その他

保険薬局薬剤師からの提案事項 添付資料あり（この用紙を含み 計 枚）

- 後発医薬品名を先発品名に修正をお願いします。
- 変更不可（医療上必要）もしくは患者希望にチェックをお願いします。（疑義照会済みの場合）
- 変更不可理由は下記の通り聞き取りしました。
  - 効能・効果に差があるため
  - 副作用や相互作用、治療効果に差異があるため
  - 後発品へ変更しないことが推奨されるため
  - 剤形上の違いがあるため
  - 後発品の提供が困難なため
  - 患者希望のため
- その他

備考欄（薬剤師 記入欄）

- 処方箋を上記の通りに修正しました
- 提案内容を考慮し以下のように対応しました

《注意》

- ・緊急性のあるものは【薬剤問い合わせ FAX用紙】を用いて指定部門にFAXまたは下記に電話をお願い致します。
- ・協同DI室TEL：048-296-8308 ふれあいDI室TEL：048-233-8784