

変更内容

- ・ 院外処方せん様式の変更
- ・ 1回量記載(1日量を併記)
- ・ 分量を原薬量で入力された場合、「原薬量」と表記
- ・ QRコード表示(JAHISの標準QRコードで出力)
- ・ 検査値を記載(直近 3ヶ月以内)
- ・ 身体情報を記載(直近)

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		保険者番号	
公費負担医療 の受給者番号		01	
氏名	性別	交付年月日	処方せんの使用期間
テスト 豊野	男	平成27年11月18日	平成 年 月 日
生年月日	昭和46年 6月21日	女	
区分	被保険者	平成	年 月 日

保険医療機関名 大塚野守口市外診療S-55
 所在地および名称 パナソニック健康保険組合 松下記念病院
 電話番号 06-6992-1231(代表)
 保険医氏名 外科 沢子 太郎 印
 都道府県(3桁) 大阪府 市町村(4桁) 吹上区
 番号(32) 診療 診療コード

特記記載のある場合は、交付の日を含めて1日以内(に保険薬局)に提出すること。
 ※「変更不可」の処方箋については、各保険薬局(のコンピュータ事業部)への変更はできません(ただし「変更不可」の記載は、
 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。

01) ベラチンドライシロップ小児用 0.1%1回 0.067 g (1日 0.2 g)
 後発品変更不可
 ブルサザドラシロップ小児用 1.5%1回 0.1 g (1日 0.3 g)
 薬剤コメントです。
 【用法】分3 毎食後 (1日3回) 7日分
 用法コメントです。

02) 2015/11/19開始 曜日指定:日火木土
 ファモチジンD錠 20mg「サワイ」1回 1錠(1日 2錠)
 【用法】分2 朝・夕食後 (1日2回) 9日分

03)

A5サイズ ⇒ A4サイズ

「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。
 保険医署名 電子 太郎

公費負担者番号

公費負担医療
の受給者番号

交付年月日

保険薬局の所在
地及び名称

保険医氏名 印

全てのコードを読み込んで下さい。

<患者様へ>
 以下の情報について、調剤する薬局が医薬品の適正使用の判断に利用するために記載しています。表示しなくない場合は、切り取り線で切り取り、処方せんのみを調剤薬局へお渡し下さい。

検査項目	WBC (10 ³ /mm ³)	Hb	Tb (mg/dl)	PT-INR	AST	ALT	T-Bil	血清CP mg/dl	CPK U/L	CK	CMP	K+	HLA-B
検査日													
検査結果													

【検査項目】 身長 測定日 体重 測定日 体表面積

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									
公費負担医療 の受給者番号									

保険者番号	0	1						
被保険者証・被保険者 手帳の記号・番号								

患者	氏名	テスト オノ テスト 奥野	殿	交付年月日 平成27年11月18日
	生年月日	昭和46年 6月21日	女	処方せんの使用期間
	区分	被保険者		

保険医療機関の 所在地および名称	大阪府守口市外島町5-55 パナソニック健康保険組 松下記念病院							
電話番号	06-6992-1231(代表)							
保険医氏名	外科	電子	太郎	印				
都道府県 番号	32	点数表 番号		医療機関 コード				

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「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。

変更不可

処方

- 01)
× ベラチンドライシロップ小児用 0.1% 1回 0.067 g (1日 0.2 g)
後発品変更不可
ブルスマリンAトドライシロップ 小児用 1.5% 1回 0.1 g (1日 0.3 g)
薬剤コメントです。
[用法] 分3 毎食後 (1日3回)
用法コメントです。
02) 2015/11/19開始 曜日指定：日火木土
ファモチジンD錠 20mg「サワイ」 1回 1錠 (1日 2錠)
[用法] 分2 朝・夕食後 (1日2回) 90日分
03)
カロナール細粒 20% 1g
[用法] 発熱時(38.5度以上) 5回分
---- 以下余白 ----

1回量併記

200mg 【原薬量】

公費負担者番号														
公費負担医療 の受給者番号														
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														印

全てのコードを読み込んで下さい。



QRコード表示(JAHISの
標準QRコードで出力)

<患者様へ>

以下の情報について、調剤する薬局が医薬品の適正使用の判断に利用するために記載しています。提示したくない場合は、切り取り線で切り取り、処方せんのみを調剤薬局へお渡し下さい。

【検査情報】 「-」は3ヶ月以内に検査が未実施の項目です。

項目	WBC (x10 ⁹ /L)	Hb	Pk (x10 ¹² /L)	PT-INR	AST	ALT	T-Bil	血清Cr (mg/dL)	eGFR (ml/min)	CK	CRP	K+	HbA1c
検査日													
検査値													

【身体情報】 身長 測定日 体重 測定日 体表面積

検査値 & 身体情報

目的

■ 保険薬局において、医薬品の適正使用に取り組むための連携の一環として行う。

- 検査値を確認できることで用量調節の必要性や副作用の確認がしやすくなる。
- 身体情報により、用量調節の必要な医薬品の用量確認がしやすくなる。
- 患者が副作用救済制度を受ける権利を守る。

■ 保険薬局において、調剤過誤の防止および業務の効率化のための連携の一環として行う。

- 1回量で記載し、1日量を併記
- 身体情報により、用量調節の必要な医薬品の用量確認がしやすくなる。

医薬品・医療機器等 安全性情報

Pharmaceuticals
and
Medical Devices
Safety Information
No. 325

目次

1. 医療機関における医薬品安全性情報の入手・伝達・活用状況に関する調査について	3
2. 重要な副作用等に関する情報	11
1 アスナプレビル、ダクラタスビル塩酸塩	11
2 アビラテロン酢酸エステル	15
3 インダパミド	19
4 インフルエンザHAワクチン	20
5 インターフェロン ベータ-1a (遺伝子組換え)	22
3. 使用上の注意の改訂について (その266)	
①トラマドール塩酸塩 (OD錠, カプセル剤, 注射剤)	
②トラマドール塩酸塩・アセトアミノフェン 他 (2件)	24
4. 市販直後調査の対象品目一覧	26

この医薬品・医療機器等安全性情報は、厚生労働省において収集された副作用等の情報に基づき、医薬品・医療機器等のより安全な使用に役立てていただくために、医療関係者に対して提供されるものです。医薬品・医療機器等安全性情報は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構ホームページ (<http://www.pmda.go.jp/>) 又は厚生労働省ホームページ (<http://www.mhlw.go.jp/>) から入手可能です。

配信一覧はコチラ



PMDAメディアナビでどこよりも早く安全性情報を入手できます。
厚生労働省、PMDAからの安全性に関する必須情報をメールで配信しています。登録いただくと、本情報も発着当日に入手可能です。



平成27年 (2015年) 8月
厚生労働省医薬食品局

●連絡先

〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2

厚生労働省医薬食品局安全対策課

☎ 03-3595-2435 (直通)

☎ 03-5253-1111 (内線) 2755, 2754, 2756

(Fax) 03-3508-4364

医薬品・医療機器等 安全性情報

Pharmaceuticals
and
Medical Devices
Safety Information
No. 296

目次

1. 医薬品副作用被害救済制度の支給・不支給決定の状況と適正に使用されていない事例が多く見られる医薬品について	3
2. 重要な副作用等に関する情報	8
1 イマチニブメシル酸塩	8
2 セフトリアキソンナトリウム水和物	10
3 メキシレチン塩酸塩	15
3. 使用上の注意の改訂について (その241)	
不活化ポリオワクチン 他 (4件)	19
4. 市販直後調査の対象品目一覧	21

この医薬品・医療機器等安全性情報は、厚生労働省において収集された副作用等の情報をもとに、医薬品・医療機器等のより安全な使用に役立てていただくために、医療関係者に対して提供されるものです。医薬品・医療機器等安全性情報は、医薬品医療機器情報提供ホームページ (<http://www.info.pmda.go.jp/>) 又は厚生労働省ホームページ (<http://www.mhlw.go.jp/>) から入手可能です。

平成24年 (2012年) 11月
厚生労働省医薬食品局

●連絡先

〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2

厚生労働省医薬食品局安全対策課

☎ 03-3595-2435 (直通)

☎ 03-5253-1111 (内線) 2755, 2753, 2751

(Fax) 03-3508-4364

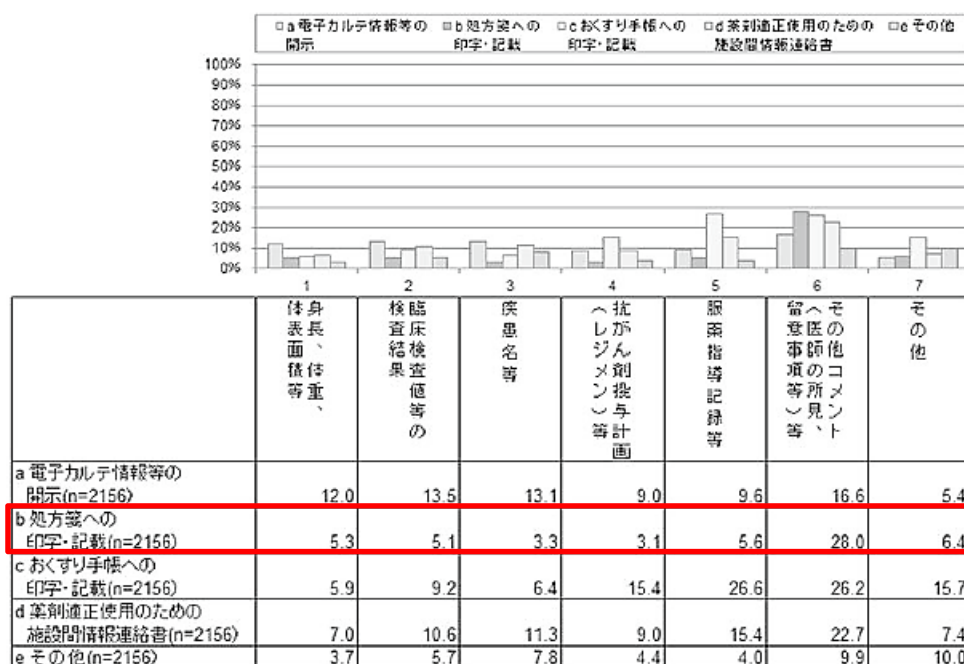
3) 薬局での処方監査に有用な患者情報の共有など、病院と薬局の連携の推進

調査結果

院外への患者情報の提供を行っている施設（「院外の薬局に患者情報を提供していない」と回答した施設または無回答の施設を除いた2156施設、全体の44.0%）において、臨床検査値等の検査結果及び疾患名等について、それぞれ、電子カルテ情報等の開示（13.5%、13.1%）、薬剤適正使用のための施設間情報連絡書の使用（10.6%、11.3%）、おくすり手帳への印字・記載（9.2%、6.4%）、処方箋への印字・記載（5.1%、3.3%）等の方法で提供されていました。（図9）

図9. 院外薬局への患者情報の提供内容及び方法

対象：院外薬局へ患者情報を提供している



望まれる方向

患者の安全確保に向けた、院外薬局でのよりきめ細やかな処方監査の実現のためには、患者の臨床検査値・疾患名等の処方監査に有用な患者情報の共有が重要です。一部の施設では、臨床検査値・疾患名等の情報の共有が、患者のカルテ情報の開示、薬剤適正使用のための施設間情報連絡書の使用、処方箋・おくすり手帳への記載等の方法によりなされており、このような病院と薬局の連携を推進することが望まれます。

図1 平成19年度～平成23年度の支給・不支給件数の割合と健康被害、不支給理由の内訳

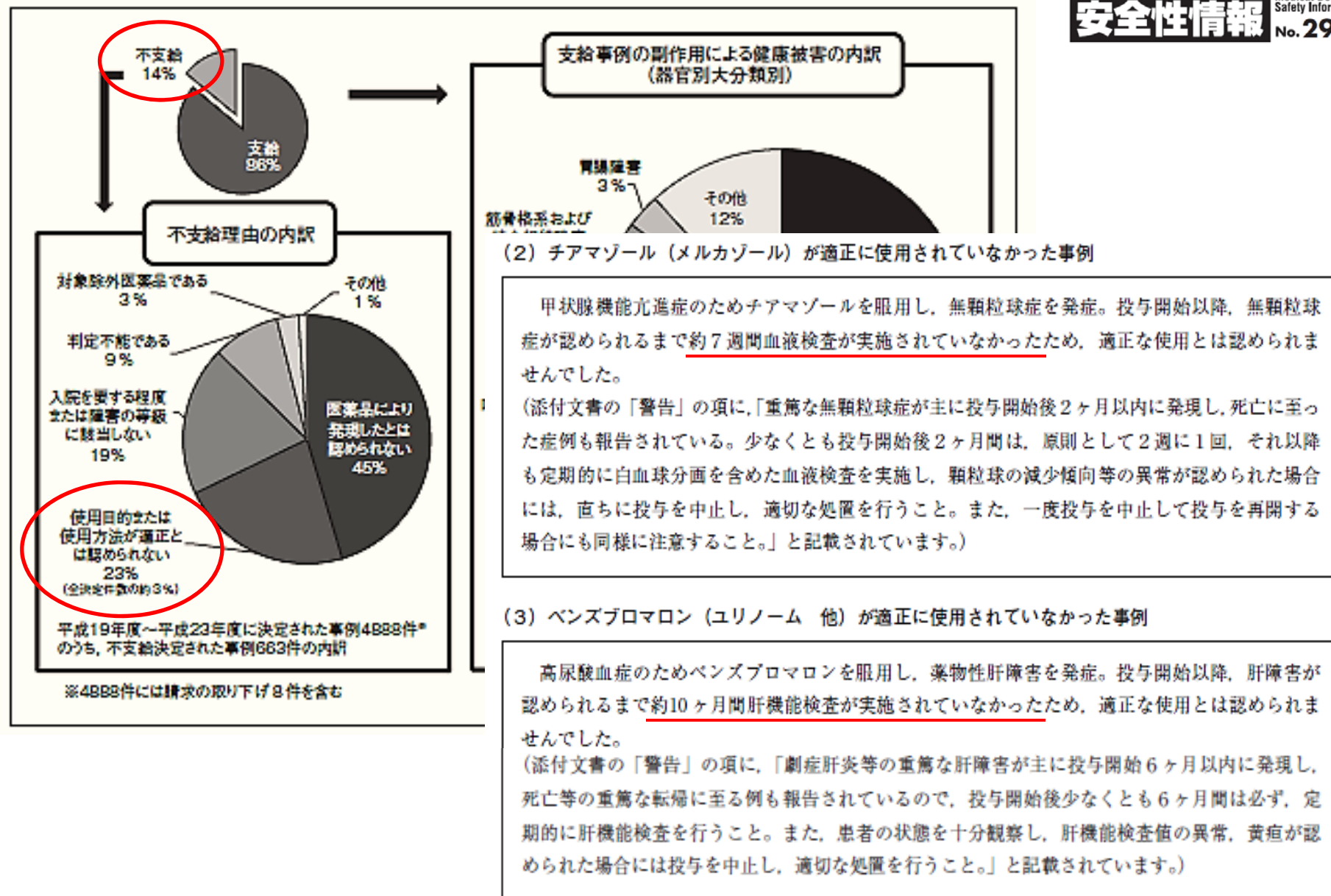


表2 救済給付の対象とならない場合


- ア. 法定予防接種を受けたことによるものである場合（予防接種法に基づく予防接種健康被害救済制度がある）。ただし、任意に予防接種を受けた場合は対象となる。
- イ. 製造販売業者など、他に損害賠償の責任を有する者が明らかな場合。
- ウ. 救命のためやむを得ず通常の使用量を超えて使用したことによる健康被害で、その発生があらかじめ認識されていた等の場合。
- エ. 使用目的・方法が適正と認められない場合。
(厚生労働大臣が承認した効能効果以外の目的で使用した場合や添付文書の使用上の注意に従わずに使用された場合など)
- オ. 対象除外医薬品⁽¹⁾による健康被害の場合。
注) 対象除外医薬品：
①がんその他の特殊疾病に使用されることが目的とされている医薬品であって、厚生労働大臣の指定するもの。(抗がん剤、免疫抑制剤など)
②人体に直接使用されないものや薬理作用のないもの等、副作用被害発現の可能性が考えられない医薬品。(殺虫剤、殺菌消毒剤、体外診断薬など)
- カ. 軽度な健康被害（入院を要すると認められる場合に必要程度の医療を受けていない場合等）や障害の程度が既定の等級に該当しない⁽²⁾場合。
注) 障害の状態が、「日常生活の用を自分ですることができない程度の障害の状態（1級）」又は「日常生活に著しい制限を受ける程度の障害の状態（2級）」に当たらない
- キ. 請求期限が経過している場合。
- ク. その他、厚生労働省の薬事・食品衛生審議会における、医学・薬学的判定において認められなかった場合。
・疾病、障害等が医薬品の副作用によるものとは考えがたいと判定された場合（医薬品により発現したものとは認められない）
・提出された書類の不足等のため、因果関係、適正目的・適正使用がなされたか否かといった判定ができない場合（判定不能）

5. おわりに

紹介した3品目に限らず、医薬品の使用に当たっては、「使用上の注意」の内容を熟読し、適正に使用していただきますよう、お願いします。適正な使用でなかった場合、医薬品の副作用によると疑われる健康被害が生じても、公的な救済制度による健康被害者の救済は行われないうことにご留意ください。

なお、2. で述べたとおり、副作用等が発生した場合、また、そのことについて相談を受けた場合、その健康被害が本制度の救済の対象になると思われたときには、本制度を紹介していただくとともに、請求に必要な診断書等の作成に、引き続き格段のご協力をお願いします。

今後の予定

- 研修会の開催（複数回）
- 患者への広報（院内掲示）
- ホームページへの掲載
- 定期的な検査実施が必要とされている
医薬品の期間設定 
- 3月7日を目途に処方せん形式変更

- 施設間情報提供書・退院時服薬指導書の
推進・充実
- トレーシングレポートの導入
- 退院時共同指導の実施

薬剤適正使用のための退院時服薬指導書 平成27年3月12日

ふりがな	レシウウヤカサイフ	松下記念病院
患者氏名	練習薬剤部 3 様	住所：大阪府守口市外島町5-55
性別：男 (65)歳 生年月日：昭和25年1月1日 生		電話：06-6992-1231
		FAX：06-6992-6060
		薬剤師名：松下 太郎

使用薬(一般用医薬品・健康食品等を含む)

※当該患者さんの情報は、この文書とは別に、以下(チェック(レ)印のもの)があります。

お薬手帳 お薬のしおり

医薬品名 / 用法・用量 等

ロキソプロフェンナトリウム錠 60mg「日医工」、1錠、分1 朝食後 (1日1回)、10日
 レバミド錠 100mg「タナヘ」、1錠、分1 朝食後 (1日1回)、10日
 プラビックス錠 75mg、1錠、分1 朝食後 (1日1回)、10日
 アトルバスタチン錠 10mg「トワ」、1錠、分1 朝食後 (1日1回)、10日
 バイアスピリン錠 100mg、1錠、分1 朝食後 (1日1回)、10日
 ラベプラゾールナトリウム錠 10mg「ケミファ」、1錠、分1 朝食後 (1日1回)、10日

調剤上の留意点(粉碎・別包等)

服用時点每一包化 PTP希望 粉碎必要

副作用歴・アレルギー歴

あり (薬剤不明) なし

ペニシリンアレルギー

服薬状況等

①服薬介助 自己管理 他者管理 →薬の管理者・確認者(ヘルパー)

②アドヒアランス 良 不十分

その他特記事項(処方目的、患者への服薬指導上で注意すべき事項等)

【検査値】BNP153.5pg/ml AST38IU/L ALT30IU/L CRE0.65mg/dl CRP0.75mg/dl (3/11データ)

入院中からプラビックス、アトルバスタチン、バイアスピリン、ラベプラゾールナトリウムが開始しています。

BNPの推移：入院時1354.2pg/ml→退院時153.5pg/ml

本人管理は不可であるため、一方化調剤必要。錠剤は服用できます。

FAX：松下記念病院 薬剤部 06-6992-5252 FAXの流れ：保険薬局→薬剤部→処方医師

松下記念病院 御中 報告日： 年 月 日

**〈注意〉 このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。
疑義照会は通常通り疑義照会票にてFAXでお願いします。**

服薬情報提供書 (トレーシングレポート)

担当医	科	保険薬局 名称・所在地
	先生 御待史	
患者ID：	TEL：	FAX番号：
患者名：	担当薬剤師	

この情報を伝えることに対して患者の同意を 得た。 得ていない。
 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします。

- ・処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。
- ・下記の通り、ご報告いたしますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

所見：

薬剤師からの提案事項：

なお、大変お手数をおかけしますが、今後の参考とするために、下記に記入後、返信いただければ幸いです。

返信欄

対応 (医師記入欄)

報告内容を確認しました。
 次回から提案通りの内容に変更します。
 提案の意図は理解しましたが、現状のまま継続し経過観察します。
 提案の内容を考慮し、以下の様に対応します。

年 月 日 医師名：

※本用紙をお受取りになった医師は返信欄にコメントいただき、CoMedix-ウェブメールにて当院薬剤部 (吉田又は井本) へご返送ください。