〈記入例〉

生活保護受給者への先発医薬品の調剤状況

平成30年10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 薬局に後発医薬品の在庫がなかったため	2 処方せん中に疑わしい点があることから、指定薬局の薬剤師が薬剤師法第24条に基づく疑義照会を行い、処方医より先発医薬品が必要と判断されたため	3 後発医薬品の薬価が先発医薬品の薬価よりも高くなっている又は先発医薬品の薬価の薬価と同額となっているため	4 薬剤師の専門的な知見から先発医薬品を調剤することが、処方医との連絡が取れず、やむを得ず、福祉事務所へ確認した上で調剤と判断に至ったため	5 調剤した先発医薬品名
				12							
1	10月1日	●● ●●	S22.2.2	12 11601 8	1111111		○				2mg●●錠
2	10月3日	▲▲ ▲▲	S33.3.3	12 11601 8	2222222				○		◆◆錠0.4mg
3	10月4日	■■ ■■	S33.3.3	12 11601 8	3333333		○				××軟膏
4	10月4日	◆◆ ◆◆	S44.4.4	12 11601 8	4444444			○			◆◆錠0.4mg
5				12							
6				12							
7				12							
8				12							
9				12							
10				12							

調剤券に記載されている番号を記入してください。

薬局名（住所）●●薬局◆◆店　西区●●1－2－3　　連絡先　048（■■■）××××　担当●●