

後発医薬品の使用促進のための 環境整備について (参考資料)

処方せん様式の見直し(平成18年度)

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				被保険者証・被保険者手帳の記号・番号							
患 者	氏 名				保険医療機関の所在地及び名称						
	生年月日	西 暦 年 月 日	男・女	電 話 番 号							
	区 分	被保険者	被扶養者	保険医氏名 (印)							
交付年月日		平成	年	月	日	処方せんの使用期間		平成	年	月	日
										(特に記載のある場合を除き、交付後を目を告めて4月以内に保険薬局に提出すること。)	
処 方											
備 考											
後発医薬品への変更について 後発医薬品への変更可 保険医署名											
調剤済年月日		平成	年	月	日	公費負担者番号					
保険薬局の所在地及び名称				(印)		公費負担医療の受給者番号					

備考 1. 「処方」の欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
 2. この用紙は、日本工業規格 JIS A 列5番とすること。
 3. 療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和61年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医師」と読み替えるものとする。

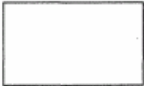
【医師】

先発品を後発品に変更してもよいと判断した場合、備考欄に署名又は記名・押印

【薬剤師】

患者の選択に基づき、後発品又は先発品を調剤

イギリスの処方せん（日本語訳）

薬局捺印欄		年齢	肩書、氏名 および 住所
年齢記入欄には捺印しないようお願いいたします。		生年月日	
治療にかかった日数 注意：一回分の服用量が記載されているか確認してください。			
裏書き			
処方者の署名			日付
薬剤師使用欄 当書類記載の処方数合計			
			

後発医薬品への変更可・変更不可などのチェック欄はなく、一般名で約80%が処方されている。一般名処方の場合、薬局への償還価格は後発医薬品の加重平均価格が基本であり、約60%が後発医薬品で調剤されている。（医療経済研究機構調べ）

イギリスの処方せん

Pharmacy Stamp	Age D.o.B	Title, Forename, Surname & Address
Please don't stamp over age box Number of days' treatment N.B. Ensure dose is stated		NHS Number:
Endorsements		
Signature of Prescriber		Date
For dispenser No. of Prescs. on form		
		

処方医氏名
診療所所在地
TEL

フランスの処方せん (日本語訳)

フランスの処方せん

DOCTEUR

← 診療所所在地

TÉL :

Cefroximeに変更して調剤

(注) 調剤後に、調剤した薬剤師が
記載した部分

抗生物質

1. ZINNAT 250 錠剤 投薬日数 5日
1錠 朝夕(及び昼=1日3回) 食事中に (2つに分割して)
または ZINNAT 125 小児科用液剤 1瓶
2桁量 朝夕(食事中に)

鎮痛剤

2. 発泡錠

a. 鈍痛の場合

☑ EFFERALGAN 1瓶

1錠をコップ半分の水と一緒に、1日1ないし3回

b. 激痛の場合

EFFERALGAN Codeine 1箱

1錠をコップ半分の水と一緒に、1日2回まで

3. 嚥下用錠剤

a. 鈍痛の場合

☑ ADVIL 30錠入り1箱

2錠 平均 1日3回

LAMALINE 坐剤へ

1カプセル1日2回まで 1箱

Efferganと Advilの1日3回の併用は通常 有効な基本処方である。

口中用液剤

4. ELUDRIL 200ml 1瓶 1週間用

希釈した液で毎食後、約1週間、口内を洗浄する。

よくなるには1日に痛み止めを約3回、苦しさの程度によって、2種類の薬と併せて服用しなければなりません。

2007年1月15日、パリにて

(処方医署名)

後発医薬品への変更可・変更不可などのチェック欄はなく、変更不可の場合、「変更不可」及びその理由を処方せんに記載する。

Substitué par Cefroxime

ANTIBIOTIQUES

1- SOIT ZINNAT 250 Comprimés Traitement de 5 Jours

1 comprimé matin et soir au cours des repas (en le fractionnant en 2)

et le midi = 3 fois par jour
SOIT ZINNAT 125 solution pédiatrique

1 flacon

2 mesurette matin et soir (au cours des repas)

ANTI DOULEURS

2- Forme Effervescente

a- En cas de douleur sourde

1 Flacon

☑ EFFERALGAN
1 comprimé dans un 1/2 verre d'eau 1 à 3 fois par jour,

b- En cas de douleur vive

1 Boîte

(EFFERALGAN codéiné
1 comprimé dans un 1/2 verre d'eau 2 fois maximum par jour)

3- Comprimés à avaler

a- En cas de douleur sourde

1 Boîte de 30

☑ ADVIL
2 Comprimés en moyenne 3 fois par jour.

b- En cas de douleur vive

1 Boîte

LAMALINE un Supp si besoin
1 Gelule 2 fois par jour maximum

L'association Effergan-Advil 3 fois par jour est habituellement une bonne base.

SOLUTION BUCCALE

4- ELUDRIL

1 Flacon de 200 ml durant une semaine,

Se rincer la bouche avec une solution diluée après chaque repas, durant une semaine environ.

Pour vous assurer un bon confort il faut prendre environ
3 antalgiques par jour en associant 2 molécules, en variant selon l'intensité de la gêne.

Paris le 15 I 07

無 料 後見人 支 払 夜 間 その他 事 故 労 災	健康保険、あるいは支払者										BVG* 処置 ワクチン 特殊処置 必要性 同伴 義務 薬剤師番号 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; height: 40px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td colspan="5"></td> </tr> </table> 加算 合計金額 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; height: 40px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table> 薬剤/処置番号 数量 税 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%; height: 80px; vertical-align: top; padding: 5px;">1. 処方</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td style="height: 80px; vertical-align: top; padding: 5px;">2. 処方</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 80px; vertical-align: top; padding: 5px;">3. 処方</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>																														1. 処方			2. 処方			3. 処方		
	1. 処方																																																
	2. 処方																																																
3. 処方																																																	
被保険者の名義、名										支払先																																							
保険番号										被保険者番号										資 格																													
契約医										保険証有効期限										日付 - - -																													

処方（空欄の場合は×印をつけてください）

変 更

変 更

変 更

薬剤名

技術料：10.00 Eur 支払－2007/1

666H

薬局での販売日

労災事故の場合に
記入してください

事故発生日	事故の発生した企業または雇用者
-------	-----------------

医師の署名
書式 16（2004 年 4 月）

4

ドイツの処方せん

BAYER BKK		Kranken- oder Kostenträger		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Hilfs- mittel</td> <td style="text-align: center;">Impf- stoff</td> <td style="text-align: center;">Spr.-St. Bedarf</td> <td style="text-align: center;">Begr.- Pflicht</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> </table>		Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	6	7	8	9	Apotheken-Nummer / IK	
Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht												
6	7	8	9												
Gebühr frei				Zuzahlung		Gesamt-Brutto									
Geb.- pfl.	Name, Vorname des Versicherten			geb. am											
noctu															
Sonstige				Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.		Faktor Taxe									
Arbeits- unfall	Arbeits-Nr. Versicherungs-Nr. Status			1. Verordnung											
	271932200 VK gültig bis 08/10 Datum 23.02.07			2. Verordnung											
				3. Verordnung											
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)				Vertragsarztstempel											
← 薬剤名															
Praxisgebühr : 10.00 EUR entrichtet - 1/2007															
aut idem aut idem aut idem															
Bei Arbeitsunfall auszufüllen! Abgabedatum in der Apotheke				Unterschrift des Arztes Muster 16 (04.2004)											
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer													

アメリカの処方せん（日本語訳）

（ニューヨーク州）

「ニューヨーク州公式処方箋」

医師の DEA（麻薬取締局）番号

--	--	--	--	--	--	--	--

患者氏名 _____ 日付 _____

住所 _____

市 _____ 州 _____ 郵便番号（ジップコード） _____ 年齢 _____ 性別 ☐ 男 ☐ 女

Rx

処方者の署名 X _____

一日の最大服用量
（規制薬物のみ）

この処方箋は、処方者が下欄に「daw」と記入していない場合は、後発医薬品を使用して調剤されます。

再調剤

不可

回

薬剤師による
確認欄

記載通り調剤のこと

後発医薬品へ変更不可の場合、「記載通り調剤のこと」の欄に「daw」と記載する。

アメリカの処方せん

（ニューヨーク州）

SV CNYRdPa22N/100473 P Pad 17 of 40 4/13/2006 N

OFFICIAL NEW YORK STATE PRESCRIPTION

医師名

医院名

住所、電話番号、

ライセンス番号

PRACTITIONER DEA NUMBER

--	--	--	--	--	--	--	--

Patient Name _____ Date _____

Address _____

City _____ State _____ Zip _____ Age _____ Sex ☐ M ☐ F

Rx

Prescriber Signature X _____

MAXIMUM DAILY DOSE
(controlled substances only)

THIS PRESCRIPTION WILL BE FILLED GENERICALLY UNLESS PRESCRIBER WRITES 'daw' IN BOX BELOW

REFILLS

☐ None

Refills: _____

PHARMACIST
TEST AREA

Dispense As Written

↑ バーコード