

後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進③

処方せん様式の変更

- ▶ 諸外国の例にならい、個々の処方薬※ごとに、後発医薬品への変更の可否を明示するよう処方せん様式を見直す。

※ これまでは、処方薬全体で変更の可否を明示。

【現行】

【新たな処方せんの様式】

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、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。
処 方				
備 考	後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更がすべて不可の場合、以下に署名又は記名・押印			
	保険医署名			
調剤済年月日	平成 年 月 日	公費負担者番号		



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）への変更が差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」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。】			
処 方				
備 考	【「変更不可」欄に「✓」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			
調剤済年月日	平成 年 月 日	公費負担者番号		

処方せん様式の変更

諸外国の例にならい、処方せん様式を変更※して、医師から処方された医薬品ごとにジェネリック医薬品への変更の可否を明示するようにする。

※ この欄を追加

ここに変更不可の印(「レ」印など)が無い場合は、保険薬局でジェネリック医薬品へ変更することができる。

ここに変更不可の印(「レ」印など)がある場合は、ジェネリック医薬品へ変更することができない。

一般名処方の場合、保険薬局でジェネリック医薬品又は先発医薬品を選択可

(別紙) 新たな処方せんの様式 (案)

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	明大昭平	年 月 日	男・女		電 話 番 号			保 険 医 氏 名		
	区 分	被保険者	被扶養者	都道府県番号	点数表番号	医療機関コード					
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、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。			
<small>個々の処方箋について、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「√」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。</small>											
変更可	レ			テノーミン錠50mg				1錠			
				ノルバスクOD錠5mg				1錠			
				1日1回 朝食後				7日分			
				【般】ファモチジン錠20mg				2錠			
				1日2回朝食後・就寝前				7日分			
<small>「変更不可」欄に「√」又は「×」の場合は、署名又は記名・押印すること。</small>											
備 考	医師署名										
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 保険薬剤師氏名				公費負担医療の受給者番号							
<small>備考 1. 「処方」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 A 列5番を標準とする。3. 療養の給付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51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氏名」と読み替えるものとする。</small>											

様式第二号
(第二十三条関係)