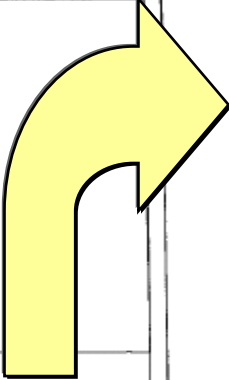


# 後発医薬品の使用促進のための 環境整備について

(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。)

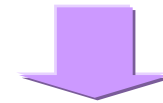
公費負担者番号		保険者番号	
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	
患 者	氏名	保険医療機関の所在地及び名称	
	生年月日 <small>西暦</small> 年 月 日 男・女	電話番号	
	区分 被保険者 被扶養者	保険医氏名 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>	
交付年月日	平成 年 月 日	処方せんの使用期間	平成 年 月 日 <small>(特に記載のある場合を除き、交付の日を始めて4日以内に保険薬局に提出すること。)</small>
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 保険薬局氏名		<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span> 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 A 列5号とすること。  
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26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。

様式第二号(第二十三条関係)

## 【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  年齢記入欄には捺印しないようお願いいたします。	年齢  生年月日	肩書、氏名 および 住所
	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  <input type="text"/>  <b>NHS</b>		

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  <input type="text"/>  <b>NHS</b>		

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)

#### 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拵量 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

Efferalgan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。

### フランスの処方せん

DOCTEUR

← 診療所所在地

TÉL:

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)  
SOIT ZINNAT 125 solution pédiatrique *et le midi = 3 fois par jour* 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 très fort*  
1 Gelule 2 fois par jour maximum

L'association Efferalgan-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*



# ドイツの処方せん（日本語訳）

無料	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
後見人 支払	被保険者の名義、名						
夜間	支払先	加算		合計金額			
その他							
事故	保険番号	被保険者番号	資格				
労災	契約医	保険証有効期限	日付				

	薬剤/処置番号	数量	税
1. 処方			
2. 処方			
3. 処方			

契約医の印

処方（空欄の場合は×印をつけてください）

変更	薬剤名
変更	技術料：10.00 Eur 支払—2007/1
変更	

**bbbh**  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）

後発医薬品へ変更不可の場合、「変更」の欄にチェックを入れる。

ドイツの処方せん

<b>BAYER BKK</b> Banken-Kasse bzw. Kostenträger		Hilfs- Impf- Spr.-St. Begr- BVG mittel stoff Bedarf Pflicht	Apotheken-Nummer / IK					
Gebühr frei			6	7	8	9		
Geb.- pfl.	Name, Vorname des Versicherten		Zuzahlung		Gesamt-Brutto			
noctu								
Sonstige								
Unfall	Arztbes.-Nr.	Versicherten-Nr.	geb. am		Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.		Faktor	Taxe
Arbeits- unfall	271932200	2071	09/10		1. Verordnung			
	Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum		2. Verordnung			
	2200	10	23.02.07		3. Verordnung			
							Vertragsarztstempel	
<b>Rp.</b> (Bitte Leerräume durchstreichen)								
aut idem	← 薬剤名							
aut idem	Praxisgebühr : 10.00 EUR entrichtet - 1/2007							
aut idem								
<b>bbbh</b>		Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes Muster 16 (04.2004)				
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!								
Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgeberrnummer							

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

Grid for DEA number

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 \_\_\_\_\_

Box for maximum daily dose

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

Box for refills

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)

SW CNYRdPasen/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

Grid for Practitioner DEA Number

Patient Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Sex  M  F

Rx

Prescriber Signature X \_\_\_\_\_

Box for maximum daily dose

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

Box for pharmacist test area

Dispense As Written

↑ バーコード