

泉南薬剤師会会員薬局等
処方箋応需薬局御中

阪南市民病院

【第2報】電子処方箋導入準備に伴う院外処方箋の表記変更等(予定)について

平素は阪南市民病院の運営にご理解、ご協力頂き、ありがとうございます。
この度、2024年度診療報酬改定に伴う変更(院外処方箋の表記変更等)を10月より開始する予定です。つきましては下記の変更点に関して、ご理解及び関係各所への周知をお願いいたします。(HPにも掲載予定)

【変更点①】10月8日から開始予定

処方箋表記の変更について(電子処方箋発行準備に伴う変更)

1) 製剤量から成分量への変更

(例) ワイドシリン細粒 20% (200mg/g) 【成分量】

現行は1日量の成分量200mgの場合、製剤量1gと表記されますが、変更後は【成分量】での表記となりますので、調剤時に注意をお願いします。

(現行例) ワイドシリン細粒 20% 1g 分3 毎食後

↓

(変更後の記載) ワイドシリン細粒 20% (200mg/g) 【成分量】 200mg 分3 毎食後

2) 一般名処方箋の導入

医師が一般名入力時の表記例は下記ようになります。

【般】ロスバスタチン口腔内崩壊錠 2.5mg 1錠 分1 夕食後

※関係詳細文書：厚生労働省のHP

処方箋に記載する一般名処方の標準的な記載(一般名処方マスタ)について(令和6年6月14日適用)に準ずるhttps://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuhoken/shohosen_240401.html

【変更点②】10月1日から7日までの期間

後発医薬品のある先発医薬品(長期収載品)の選定療養への対応について

・対象薬剤の名称表記

後発医薬品のある先発医薬品(長期収載品)の処方時の表記例は下記ようになります。

ヒルドイドソフト軟膏 0.3% (選) 25g 1日1回 手

なお、薬剤確保が困難等で、他剤へ変更の場合は疑義照会をお願いいたします。

後発医薬品のある先発医薬品(長期収載品)の処方箋の薬剤名の後に(選)、患者希望に「レ」、患者が保険調剤薬局にて後発医薬品のある先発医薬品(長期収載品)の希望(25%の自己負担許容)があれば先発医薬品(長期収載品)での調剤をお願いします。患者が25%の自己負担を許容しない場合は疑義照会をお願いします。患者希望に「レ」の記載があるが、患者希望がない場合は後発医薬品で調剤をお願いします。

なお、10月8日以降は後発医薬品のある先発医薬品(長期収載品)の処方箋の薬剤名の後の(選)の印字はなくなります。(処方箋に後発品への変更不可・理由が表記されます。処方箋表記見本参照)

※関係詳細文書：厚生労働省のHP 後発医薬品のある先発医薬品(長期収載品)の選定療養について
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_39830.html

ご不明な点がございましたら阪南市民病院 薬剤部まで問い合わせください。 以上

10月1日から7日までの処方箋表記見本

後発医薬品のある先発医薬品（長期収載品）の処方時の表記例

99990150		処方箋	
内科		(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)	
公費負担者番号		保険者番号	0 6 1 3 8 5 9 8
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	2 0 0 1 ・ 4 5 8 9 (97)
患者	氏名	テスト 動作	保険医療機関の所在地及び名称 大阪府大阪市下出17番地 社会医療法人生長会阪南市民病院
	生年月日	平04年02月28日 女	電話番号 072-471-3321
者	区分	被保険者 被扶養者	患者負担 3割
			香川県 27 点数番号 1 医療機関 9 8 0 1 2 2 3
交付年月日	令和 06年10月01日	処方箋の使用期間	令和 年 月 日
<small>特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて6ヶ月以内に保険薬局に提出すること。</small>			
処方	変更不可 患者希望	<small>※この処方箋について、医師上の必要性があるため、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更を希望する場合は、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医療機関」欄に署名又は記名・押印すること。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。</small>	
	レ	内服 * ガスターD錠20mg (選)	3錠 14日分 分3 - <毎食後> - ----- 以下余白 -----
レ	内服 * ガスターD錠20mg (選)	3錠 14日分 分3 - <毎食後> - ----- 以下余白 -----	
備考	保険医署名 <small>【「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。】</small>		
保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。） <input checked="" type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供			
調剤済年月日	令和 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	

（選）の表記が薬品名にあり、患者希望に「レ」がある場合で、患者希望による25%の負担を許容する場合は後発医薬品のある先発医薬品（長期収載品）での調剤をお願いします。

なお、患者希望に「レ」がある場合で、後発医薬品のある先発医薬品（長期収載品）を希望しない場合は後発医薬品で調剤をお願いします。

10月8日以降の処方箋表記見本

後発医薬品のある先発医薬品（長期収載品）を含む処方時の表記例

処 方 箋										処方箋番号 8052
内科										患者番号 90000000
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です)										
公費負担者番号		54		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		あ1234 1				
患者	氏名	テスト カンザル テスト 患者1 殿			保険医療機関の所在地および名称 電話番号					
	生年月日	大正11年11月11日 男			保険医氏名 内科 医局 印					
	区分	被扶養者			都道府県番号	27	点数表番号	1	医療機関コード	9801223
交付年月日		令和6年10月3日			処方箋の使用期間 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	変更不可 医療上必要	患者希望	個々の処方箋について、医療上の必要性があるため、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。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合は、「 患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。							
		×	01) ガスターD錠 10mg 1錠 1回 0.33錠 (1日 1錠) 先発医薬品患者希望 【用法】分3 -<毎食後>- 14日分							
方		×	02) ガスターD錠 10mg 1錠 1回 0.33錠 (1日 1錠) 変更不可 (薬事上で効能・効果に差異あり) 【用法】分3 -<毎食後>- 14日分 ---- 以下余白 ----							
			●※							
備	「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 医局			国保内、難病法						
考	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合には「レ」又は「×」を記載すること。）									
	□保険医療機関へ疑義照会した上で調剤					□保険医療機関へ情報提供				
調剤済年月日				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						
01/01				社会医療法人生長会 阪南市民病院						

なお、処方箋の保険医療機関の所在地及び名称、電話番号欄は会計時に押印する運用となります。

一般名処方薬が含まれる場合

処方箋										処方箋番号 8049
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です)										患者番号 90000000
内科		公費負担者番号		54		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		あ1234		手帳の記号・番号		1
患者	氏名	テスト 患者1 殿			保険医療機関の所在地および名称					
	生年月日	大正11年11月11日 男			電話番号					
	区分	被扶養者			保険医氏名 内科 医局 印					
交付年月日		令和 6年10月 8日		都道府県		点数表		医療機関		印
				番 号		番 号		コード		
				27		1		9801223		
処方箋の使用期間		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	変更不可 医療上必要	個々の処方箋について、医療上の必要性があるため、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。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合は、 「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。								
	患者希望	<p>01) × ガスターD錠 10mg 3錠 1回 1錠 (1日 3錠) 先発医薬品患者希望 [用法] 分3 - < 毎食後 > - 14日分</p> <p>02) 【般】 ファモチジン口腔内崩壊錠 10mg 1錠 1回 1錠 (1日 1錠) [用法] 分1 - < 朝食後 > - 14日分</p> <p>03) ヘパリン物質[®]0.3%「日医工」(50g/本) 1本 手 [用法] 1日1回 ---- 以下余白 ----</p> <p style="text-align: center;">●※</p>								
備	「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		国保内、難病法							
考	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合には「レ」又は「×」を記載すること。）									
	<input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤					<input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供				
調剤済年月日		公費負担者番号								
保険薬局の所在地及び名称		公費負担医療の受給者番号								
保険薬剤師氏名		印								
01/01		社会医療法人生長会 阪南市民病院								

一般名処方の場合は薬品名に【般】表記