

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	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	<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			(印)	公費負担医療の受給者番号	

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"/> NHS		

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 Prescns. on form <input type="text"/> NHS		

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

BAYER BKK Banken- oder Kostenträger		Hilfs- Impf- Spr.-St. Begr- BVG mittel stoff Bedarf Pflicht	Apotheken-Nummer / IK						
<input type="checkbox"/> Gebühr frei			6 7 8 9						
<input type="checkbox"/> Geb.-pfl.	Name, Vorname des Versicherten								
<input type="checkbox"/> noctu	geb. am								
<input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="checkbox"/> Krankens-Nr.	<input type="checkbox"/> Versicherten-Nr.							
<input type="checkbox"/> Unfall	Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum						
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall	271932200	09/10	23.02.07						
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)			Vertragsarztstempel						
← 薬剤名									
Praxisgebühr : 10.00 EUR entrichtet - 1/2007									
<input type="checkbox"/> aut idem									
<input type="checkbox"/> aut idem									
<input type="checkbox"/> aut idem									
666d	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								Abgabedatum in der Apotheke
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!			Unterschrift des Arztes Muster 16 (04.2004)						
<input type="text" value="Unfalltag"/>	<input type="text" value="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

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 NYRdPasen/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

アメリカの処方せん (日本語訳)
(マサチューセッツ州)

DEA (麻薬取締局) 番号 _____

氏名 _____ 年齢 _____
住所 _____ 日付 _____

青色安全紙が使用されていなければ処方違法
Rx

再調剤 _____ 回

署名 _____

本欄に医師が「変更不可」と記載していない場合は変更しなければならない。

後発医薬品へ変更不可の場合、「変更不可」と処方せんに記載する。

アメリカの処方せん
(マサチューセッツ州)

電話番号



← 病院名、医師名、住所

DEA # _____

NAME _____
ADDRESS _____
Rx ILLEGAL IF NOT SAFETY BLUE BACKGROUND

Rx

*Aspirin B
vaccine
1
Dr. [Signature]*

Retail x 2 times _____

(Signature)

Interchange is mandated unless the practitioner writes the words 'NO
SUBSTITUTION' in this space.