I 注射薬処方せんの記載事例

記載例1:中心静脈栄養(TPN)キット製品への混注

				処		方	. 4	せ	/	ر ک							
				(この)	処方せん	いは、	どの保険薬	司でも有?	効です	ト。)							
公費	負担者番号						保険	者番号		3	9	2	4	2	0	7	8
公	費負担医療(受給者番号	7)					被保険者 者手帳の					•••	××	××-	•••	•	•
	氏 名	(たろう 太郎)			 療機関 及び名	-	Ξ		↓鈴鹿					•
患		明 大					電	話番号			0	595-	••)-×:	××:	×	
者	生年月日	昭 9年 平 令	三10 月	6日	男	·女	保険	医氏名	, I		₹:	主宅	_	一郎	1	生	
	区分	被保険	耆	被	扶養者	<u>.</u>	都道府 県番号	2 4		数表 号	1		寮機関 ニード				
交	付年月日	令和 4	年	4 月	2	日		せんの 助期間		平	成 年	月	Image: Control of the	布の日	載がある。 を含めて 提出する	4日以内	
	変更不可						ジェネリック[保険医署名							断した	場合り	こは、	「変]
			-				000mL							14\$			
		フ				_	20mL 3ら10:00に	71□1 □	ਗ 1 ਖ	└◇去 ≠	ቴ ነት	d .	松 II C	287			
処							2000mL 1								: U 7J		
				与速度				,									
		2) ^					i位/mLシ! ソレートにす				ーロック	クタイフ	°)	147	*		
		3) 有	宅中	心静脈	栄養月	目輸剂	夜セット										
方) 本体									3セ)	ット				
		(2	e) 附属 ①	ガーノ	ヾ一針							3本					
		りフィル ^ロ	「 「 「		口)											
備	保険医署名	名【「変更不は、署名	「可」欄 名又は記	に「レ」又 己名・押F	スは「×」 印するこ	を記載 と。	載した場合	訪	問指	示							

【チェックポイント】

- 1. 高カロリー輸液 (エルネオパ2号輸液2000mL 1袋) にファモチジン静注20mg 2本(40mg)を混注し、1日1 回中心静脈から持続注入する処方です。14日分の処方でその投与総量を記載しています。投与速度は 24時間持続静注として算出しています。
- 2. ヘパリンNaロック用100単位/mLシリンジ10mLは、ルート内をヘパリンロックするための処方で、投与総量を記載しています。
- 3. 特定保険医療材料である在宅中心静脈栄養用セットは処方箋により薬局で払い出すこともできますが、医 科点数表のC-160 在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算2,000点(6組/月まで)で算定して対応する方 が有利です。なお、3)の(1)にはシュアプラグなどの接続アダプターも含まれます。
- 4. 薬剤師在宅訪問サポートの指示のため、 備考欄に「訪問指示」と記載しています。
- 5. 保険薬局に衛生材料等の提供を指示するときは、備考欄に記載してください。

と読み替えるものとすること。

様式第二号(第二十三条関係

記載例2:中心静脈栄養(TPN)キット製品への混注(簡易版)

						処	į		方		せ	P	シ								
						(この	処方	せん	は、と	で保険薬	号でも有 ^を	効です	⊢。)								
公費	負担者番号									保隆	者番号		3	9	2	4		2	0	7	8
公	費負担医療 受給者番号	の									音証・被係)記号・番				••	•×:	× × :	×-(•		
	氏 名					たろう					医療機関 也及び名		Ξ	三重児					`● €		•
患		明大					($\overline{}$		電	話番号	•		()595	-•	• ->	××	(×)	×	
者	生年月日	大昭平令		年	10 月	6日		男.	女	保	食医氏名	古 		,	在宅		一 声	郭	(在宅	
	区 分		被保	:険君	D	被	按扶養	養者		都道府 県番号	2 4		数表	1		療機コート					
交	付年月日	2	令和	4	年	4 月	2	日			·せんの 効期間)	並	成年	三月	目	布	の日を		場合を除 日以内 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)への変更に差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。 1) エルネオパNF2号輸液2000mL 14袋 ファモチジン静注20mg/20mL 28本 2) ヘパリンNaロック用100単位/mLシリンジ 10mL(ルアーロックタイプ) 14本 3) 在宅中心静脈栄養用輸液セット (1) 本体 (2) 附属品 ① フーバー針 3本 以下余白															変]						
	保険医署		「変見		可」欄に			×」を		<u>* </u>	訪	問指	示								
備考											J										
	保険薬局が □保険[特に指示 保険医療				又は「	×Jā	を記載	載する	るこ	と。)		
調剤	削済年月日		平月	戊	年	J	Ħ	日		公費	負担者番	:号									
/II 7/>	本日の託左	1																			\Box
1. こ 2. こ	ックポイン の注射処プ の処方では だし,診療・	- 5箋/ は,注	射薬	返の?	昆注7	が必要	そです	つ の`	で,	薬剤師が	必要な	内容	を処	方医	に確	認す	るタ	込要	きがま		∃ † 。

と読み替えるものとすること。

様
式
第
=
号
$\overline{}$
第
_
+
=
条
関
係

			処りた	ラ せ	\sim										
			(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	2 4 0 1 0 1										
公	:費負担医療© 受給者番号	D		被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号	•••×××-000										
	氏 名		だち はなこ) ・ 花子	保険医療機関の 所在地及び名称	三重県鈴亀市●●町●●●-●										
患		明大		電話番号	059 -●● -×××										
者	生年月日	昭 48 年 3) 平	月 25 日 男(女)	保険医氏名	在宅 二郎 在宅										
	区分	被保険者	被扶養者	11 11 11	数表 1 医療機関 ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■										
交	カルトナナム。の (特に記載がある場合を除き、/														
	付年月日 令和 4 年 4 月 2 日 処方せんの 有効期間 平成 年 月 日 (特に電域がある場合を除き、2 布の日を含めて4日以内に保証 薬馬に提出すること														
処	図														
		モ	ルヒネ1日持続投												
方		以下余		CITEST (GOME)											
	保険医署名] (回) 『に「レ」又は「×」を記記名・押印すること。	訪問指	示										
備考				患者住所 亀山市〇〇町××	(00-0										
 【チェ	麻薬施用者														

- 1. モルヒネ塩酸塩注射液をシュアフューザーA(PCAセット)に充填し, 持続皮下注するときの処方です。2回分の処方で投与総量を記載していますが, 2セットを同時に調製するため生食注は50mL1本となっています。
- 2. シュアフューザーA(PCAセット)は特定保険医療材料(携帯型ディスポーザル注入ポンプ(PCA型))であるため、処方箋により薬局で払い出すことができます。薬局で払い出すシュアフューザーAは、用法・用量から50mL容量、投与速度0.5mL/hr、PCA1回量0.5mL,ロックアウトタイム30分の規格のものを選択します。なお、用法用量に併せて多様なシュアフューザーを選択することができます。
- 3. 麻薬処方のため、モルヒネの1日持続投与量及び備考欄に麻薬施用者免許証番号及び患者住所を記載しています。

記載例4:麻薬(モルヒネ)持続皮下注(簡易版)

					奴	<u>L</u>	ナ	デ せ	<u>.</u>	λ							
					(20	の処え	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			2	4	0	1	0	1
公	、費負担医療(受給者番号	か				1 1 1 1 1		被保険者記 者手帳の記			•		××	××-	-00		
	氏 名				ち は ⁷ 花子)	保険医療 所在地及			E重県			●町 ● クリ			
患	北 左日日	明大	40 年	n F	ו חר	П		電話	番号		05	59- ()-×	××	×	
者	生年月日	平令	48 年	3 J	25	口	男優	保険图	E 氏名		右	E宅	-	二郎	\frac{7}{5}		
	区分	被	保険者	1	初	皮扶	養者	都道府 県番号 "	2 4	点数表 番号	1		療機関 ・一ド	•	•	•	•
交	付年月日	令	日 4	年	4 月	月 :	2 日	処方せ 有効其		平	成 年	月	∃ (布の日を		易合を除 1日以内1 こと	
処		2)	大: 携:	塚生	食注! ディス	50n	ıL	50mg/5mL v注入ポンプ	(PCA#	10名 1本 型) 2セ ₎							
方	保险医署	-	フィル) = [1,		ロー・「ン」ナネ										
方	保険医署名	各 [[]	変更不	可」欄	に「レ」	又は) 型載した場合	訪問	指示							
	保険医署名	名(『は	変更不	可」欄 又は記 用者	に「レ」 記名・排	又は	「×」を訂				-0						
備考	保険薬局か	名(は 麻	変異名薬症に残る	可」欄 用番 薬を を を	に「レ」に記名・排 () () () () () () () () () (又は 甲印で 	「×」を記 けること。 ・○○	患者住所	○町× ぶある場 _で	×○○ 合は「レ	又は	[×]:	を記載	載する	こと。)	

2. 麻薬の混注(希釈を含む)方法及び携帯型ディスポーザブル注入ポンプの規格に関する情報等が必要で すので, **薬剤師が必要な内容を処方医に確認する必要があります**。

ただし、診療情報提供書で必要な情報を提供していただいている場合は確認の必要はありません。

様式第二号(第二十三条関係

記載例5:末梢静脈栄養(PPN)輸液製剤

				処		方	せ		ん							
				(この処	方せん	ノは、 と	どの保険薬局でも	有効で	す。)							
公費	/負担者番号						保険者番号	Ţ			2	4	0	0	7	7
公	:費負担医療の受給者番号	D					被保険者証・被 者手帳の記号・			(××	××-	•••)	
	氏 名			たっぱさ) 1 翼			保険医療機 所在地及び		Ξ	三重県			●町 ●クリ		_	•
患		明 大					電話番号	<u></u>		08	59-		$-\times$	$\times \times$	×	
者	生年月日	昭 15 年 平 令	- 12 月	1 25 日	男 ·	女	保険医氏	名		右	主宅	-	一郎	(在宅	
	区分	被保険	者	被扶	養者)	都道府 県番号 2	4 点 番	数表 号	1		景機関 ード	•	•	•	•
交	付年月日	令和 4	年	4 月	2 日	ı	処方せん(有効期間		平月	成 年	月	日	特に記載 の日を含 に提出す	めて4日以		
	変更不可	【個々の処プ 更不可」欄	方薬に [、]]に「レ」	ついて、後 又は「× 」:	発医薬 を記載	ミ品(シ し、「f	ジェネリック医薬品 保険医署名欄」に) への変 署名又	変更に	差支え i・押印	がある するこ	5と判l こと。	断した	場合に	は、「彡	変 〕
処		1) ビ	平月	リード輸液 成29年1 与速度	0月2	6日2	から9時に1日: nr	し回、点	ī滴静	·注、7	7』 7日分	-				
				11回、静			アーロックタイプ ルートに充填、		}		77	本				
方																
		リ	フィル「	可	([日)									
	保険医署名	名 【「変更不 は、署名					哉した場合 言	方問指	示							
	保険薬局が	調剤時に残	薬を腐	全認した 埋	·合の [、]	対点 ((特に指示がある	う場合に	<u>ま「レ」</u>	マ は「	× 1 な	ン記載	゚゚゚゚゚゙゙゙゙゙゙゙゙゚゚゙゚゙゙゙゙゚゚゚ゔ゚゚゚゙゚゚゚゚゚ゔ゚゚゚゚゚゚	- J-)		
7			A /1 'U'	- m x (/ 1 / 2/11				1:WI		214	/ \ 1/2	111 (148)		/		

【チェックポイント】

- 1. ビーフリード輸液500mLを7日間点滴静注するときの処方で, 投与総量7袋を記載しています。 投与速度は 添付文書の「通常,成人500mLあたり120分を基準とし,高齢者,重篤な患者には更に緩徐に注入する。」に 準拠して算出しています。
- 2. 生食注シリンジ10mL(ルアーロックタイプ)はルート内を生食ロックするための処方です。
- 3. 保険薬局に輸液セット, 静脈内留置針, 衛生材料等の提供を指示する場合は, 備考欄に記載して下さい。 費用は医療機関の負担となります。

様式第二号(第二十三条関係)

記載例6:末梢静脈栄養(PPN)輸液製剤(簡易版)

							奴	<u>L</u>		力	ī	せ	-		λ								
							(50	の処力	方せん	いは、	どの保	険薬局	でも有	効で	す。)								
公費	·負担者	音									,	保険者	番号				2	4	0	0		7	7
	費負担 受給者		כ									険者証 帳の記					•••	\bullet × ×	(× ×-	••	•		
	氏	名					たつば] 翼	(さ)				険医療 生地及			Ξ				●● ● <i>● ク</i> !) - ()
患			明大			<u>, , , , , , , , , , , , , , , , , , , </u>					, ,,,,	電話		, -					D -×				
者	生年	月日	昭平令		年 1	12 月	25)	女	1	呆険医	氏名			7	在宅		一郎	(在宅)	
	区	分		波保	険者		W	扶養	奏者	>	都道県番		4	点数番	数表 :号	1		寮機関	•		• •	•	•
															含めて4日	場合を 目以内(除き、2 こ保険	※布 薬局					
]							
処	東不可」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。 7袋 1) ビーフリード輸液500mL 7袋 2) 生食注シリンジ10mL(ルアーロックタイプ) 7本																						
方					リフィ	イル「	可 「		(回)												
	保険	医署/	ž (「変見は、暑	更不可 署名 ス	丁」欄 ス <i>は</i> 言	_	又は「	[×]:	を記載	載した場	骨	訪問	問指:	一								
											(特に					<u></u>	×Já	と記載	なするこ	<u>-</u> と。))		
∃H ⊀				幾関~ 平成		養照 年			·調斉 E]保険[医療機			是供								
【チェ 1. こ	法及	パイント 寸処力	·】 ī箋/i	よ, 言	己載化	列50	の末梢	· 肖静朋	派栄	養	 (PP に応	N) 輔	う 液製	製剤処							して	くだ	č

み替えるものとすること。

記載例7:電解質輸液維持(3号)液

							5	近		ナ	ケ	せ		λ							
							(2	この攵	L方せ	とんは、	٤,	で保険薬局で	も有効	です。)							
公費	負担者	省番号										保険者番				2	4	0	1	0	1
	:費負担 受給者	旦医療の 音番号	カ								I	被保険者証・ 者手帳の記号			ı	•••	•××	. ××-	•••	<u> </u>	
	氏	名					たささ 三月)]	保険医療権所在地及							「●● ニック		
患			明大									電話番	号		()59-() -×	×××	×	
者	生年	月日	大昭平令		7年	1丿	月 5	日	男)· 女		保険医	氏名			在宅		二郎	在写	Ŧ E	
	区	分	4	被保	険者	<u>ک</u>	; ;	被扶	: 養፣	当		都道府 県番号 2		点数表 番号	1		寮機関 ュード	•	•	•	
交任	付年月	月日) 和	4 4	年	4	月 —	2	日		処方せん 有効期		<u> </u>	成 年	月			がある場合 めて4日以 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)への変更に差支えがあると判断し 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。 1) ソルデム3A輸液 500mL 7袋 平成29年10月26日から9時に1日1回、点滴静注、7日分															断したり	易合に	は、「寥	£)		
処	 (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。 1) ソルデム3A輸液 500mL 7袋 平成29年10月26日から9時に1日1回、点滴静注、7日分 投与速度 400mL/hr 																				
				2)	生食							/アーロックタ ルートに充塡		分		7	本				
					以7	下余	白														
方																					
				リフィ	イルロ	ij] (口)										
	保険	医署名	名 (「変」は、	更不 署名 ³	丁」欄 又は	に「レ 記名・	」又に 押印	ま「× するご	」を記 こと。	載	した場合	訪問打	指示							
												特に指示があ 保険医療機[[×]	を記載	載する 。	こと。)		
				平月		年		月	, .	日	_	公費負担		10-2-2	<u> </u>]	i				
⊒田 文	対外圧	ВП		1 /%	~			/1		Н					•					<u>: </u>	
【チェ	ニックオ	ポイン	L]																		_

- 1. ソルデム3A輸液500mLを7日間点滴静注するときの処方で,投与総量7袋を記載しています。投与速度は添付文書の「通常,成人1時間当たり300~500mLを基準とする。」に準拠して算出しています。
- 2. 生食注シリンジ10mL(ルアーロックタイプ)は、末梢静脈ルート内を生食ロックするための処方です。
- 3. 保険薬局に輸液セット, 静脈内留置針, 衛生材料等の提供を指示する場合は, 備考欄に記載して下さい。 費用は医療機関の負担となります。

み替えるものとすること

様式第二号(第二十三条関係)

記載例8:電解質輸液維持(3号)液(簡易版)

						ļ	処		ナ	ゖ		せ		,	ん									
						(,	この处	L方も	せんは	、ど	で保険薬	逐局で	も有刻	効です	ナ。)									
公費	負担者番号						l I				保険	者番	:号				2	4		0	T	1	0	1
	費負担医療 受給者番号	の									被保険者 者手帳の						••	• •×	×	××·	-•	••	,	
	氏 名					えさう 三	ぶろう 郎)			保険医 所在地				3	三重	. –			● ●			_	
患		明 大(電	話番	号			(059-	•) -×	(×	×>	<	
者	生年月日	昭平令		7 年	1)	月 5	日	(男)· 女		保隆	食医」					在宅	3	-	二郎		在宝		
	区分	4	皮保	険者	Ò		被扶	養	者		都道府 県番号	2	4	点数番		1		療機コー		•	•	•	•	
交位	付年月日	ŕ	介和	4 :	年	4	月	2	日		処方 有 <i>李</i>	せん 効期			平	成年	月	日		特に記i の日を記 に提出・	含めて	74日以	うを除き、 内に保障	公布
	変更不可	し更	不可	」欄に	こ「レ」	又は	:[X]	を記	医薬品 載し、 500n	「保	ェネリック ・険医署名	医薬品欄」	品) へ に署名	の変名又は	更にま	差支え・押戶	りする	ると こと。 7袋	纠 腾	折した	場台	合に	さ、「②	变]
処			2)	生红	食注	シリ	,,				アーロ	ックタ	イプ	ຶ)				7本						
Ž				以	下余	Ħ																		
方																								
			リフィ	イル	叮		(口)														
	保険医署	名 [「変見は、暑	見不可 署名ご	可」欄 又は記	に「レ 記名・	/」又(ま「× する。	(」を記 こと。	載	した場合		訪問	引指>	示									
												1												
	保険薬局が □保険										特に指え 保険医療					又は	(Γ×_	を記	已載	ける	こと	٤.)		
調剤	削済年月日		平成	<u></u>	年		月		日		公費分	負担和	皆番号	7							T			
保険	薬局の所在												担医療 者番号						j		<u> </u>			
【チェ	ックポイン	١١																						Ì

- 1. この注射処方箋は、記載例7の**電解質輸液維持(3号)液処方箋の簡易版**となります。
- 2. 用法及び用量は記載されていませんので、必要に応じて、薬剤師が内容を処方医に確認してください。

外省ん匂もりとすること

様式第二号(第二十三条関係)

様式第二号(第二十三条関係

記載例9:抗菌薬(セフトリアキソン)点滴静注用バッグ

						셏	L		力	j		せ	-		h								
						(=	の処	方せん	しは、	どの	保険	薬局	でもす	有効で	す。)							
公費	?負担者番号										保	険者	番号		ç	3	9	2	4	2	0	7	8
公	、費負担医療 受給者番号	の									被保険 者手帳						(•••	××	××-	•••	•	:
	氏 名			(しろ 白	こ 子		くら) (ら	1]	保険 所在					三					丁● (● -	•
患		明大									信	冟話	番号	7			0	59-)-×	$\times \times$	×	
者	生年月日	昭平令		年 12	2 月	25	日	男	③		保	:険[医氏	名			7	生宅	-	一郎	(在宅	
	区分	4	波保	険者		ŧ	波扶	養者	-		都道序 県番号	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	2 4		類表 番号		1		療機関 コード	•	•	•	•
交	付年月日	f	介和	4 É	F	4	月	2	B				-んの 朝間			平月	戈 年	月	日	布の日		場合を除 4日以内 こと	
	変更不可	L ∫ §	々の 変更7 1)	ド可」相	リープトリ 平月	「レ」ヌ Jアキ 式29	スは「 ソン 年1	×」を ナト! 0月:	記載 Jウム 26 F	し、 ム点 日か	ェネリッ 「保険 滴静 ら10	医署 注月 時に	名欄. 引1g>	」に署: バック	名又	は言	已名・ 5:	押印安袋	するこ	断したと。	_場合	には、)
処			2)	生食	注 1日	シリン 11回	バジ	10r	nL((ル)	で投与 アーロ ノートル	コック					5	本					
方																							
	保険医署		「変す	リフィ 更不可 署名又	·」欄	に「レ	」又に			回は載し) た場合			方問指	ョ示								

【チェックポイント】

- 1. セフトリアキソンナトリウム点滴静注用1gバッグを1日1回5日間点滴静注するときの処方で, 投与総量5袋を記載しています。
- 2. 点滴静注を行う場合には、注射用水を用いないこと(溶液が等張にならないため)。点滴静注は30分以上かけて静脈内に注射すること。^{注1)}
- 3. 本剤を投与する場合は、カルシウムを含有する注射剤又は輸液と同時に投与しないこと。[国外において、新生児に本剤とカルシウムを含有する注射剤又は輸液を同一経路から同時に投与した場合に、肺、腎臓等に生じたセフトリアキソンを成分とする結晶により、死亡に至った症例が報告されている。] 注1) 注1) 添付文書から引用
- 4. 生食注シリンジ10mL(ルアーロックタイプ)は末梢静脈ルート内を生食ロックするための処方です。

記載例10:抗菌薬(セフトリアキソン)点滴静注用バッグ

						奴	<u>l</u>		力	î		せ		/	<u>し</u>									
						(=0	の処:	方せん	んは、	どの	保険	薬局で	でも有効	力です	├。)									
公費	負担者番号										保	険者	番号		3	9	2	4		2	0	7		8
公	、費負担医療(受給者番号	カ											•被保 号•番=			•	••	•×>	××:	×-(••	•		
	氏 名			して 白	<u></u> 子	さ さく	くら) (ら	1					機関 び名		Ξ	三重児		鹿市					-•	
患		明大										電話				0		••						
者	生年月日	昭平令	5 :	年 1	2 月	25	日	男	\bigoplus		伢	以険医	氏名			;	在宅		— ⊧	凯	(在宅)	
	区分		皮保			襘	波扶	:養者	首		都道/		4		数表 :号	1		療機		•	•		•	
交	付年月日	f	介和	4 4	丰	4 J	月	2	日			方せ す効其			平	成年	三月	日	布の	の日を		場合を 4日以P S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)への変更に差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。 1) セフトリアキソンナトリウム点滴静注用1gバッグ 5袋 2) 生食注シリンジ 10mL(ルアーロックタイプ) 5本)								
処	「																							
	2) 生食注シリンジ 10mL(ルアーロックタイプ) 5本																							
方																								
			リフィ	ルロ	J [(口)														
	保険医署		「変更 は、暑	更不可 署名 3	J」欄 スは記	に「レ _. 己名・扌	」又に 押印	は「×」 するこ	」を記 こと。	載し	た場合													
													訪問	引指:	示									
	保険薬局か □保険[に調剤 医療機	時に	残薬	を確	重認し 全1. <i>1</i>	た場	場合の で調)対応 割	、 (朱 □ <i>6</i>	寺に指	示が ・ 療機	ある場と	場合に 青報	よ「レ _. 提供	又は	(Γ×.	を記	載す	上る	こと。)		-
調剤	割済年月日	2////	平成		年		月 月		月				者番号		JC IV									
	本目の正在																<u> </u>							4
1. 3	ェックポイン この注射処プ	_	す, 言	記載	例9	の抗	菌薬	톤 (-	セフ	ト !	ノア=	キソ:	ン) 点	ā滴i	静注	用バ	ック	が処プ	5箋	のí	簡易	版と	:なり)
2. 月	す。 月法及び用	量は	記載	はされ	てい	ませ	せんい	ので	,必	要に	こ応し	こて,	薬剤的	師が	必要	な内	容を	処プ	医	1=1	確認	にて	くだ	<u>خ</u>
L	。 と読み替える	ものと	する	_ك_																				ل