I 注射薬処方せん記載事例

1 記載例1:中心静脈栄養(TPN)キット製品への混注

						処		方	. +	<u> </u>	A	,							
						(この)	処方せん	いは、	どの保険薬局	でも有刻	かです。)			_	_	_	,	
公費	負担者番号								保険	者番号		3	9	2	4	2	О	7	8
4	公費負担医療の 受給者番号								被保険者 者手帳の				•	•••	•××	××-0	•••)	
	氏 名					たろう) 太郎			保険医 所在地			-	三重则				「● ● ニック	0 − (•
患	生年月日	明大		左	10 🗏	6 目	(男)	+	電	話番号			()595-	-••)-×:	××>	<u> </u>	
者	生平月日	昭平)	· +- ·	10 月	ГОД	(3)	· 女	保険	医氏	3		7	在宅	-	一郎	(在 🕽	
	区分		被保	:険者)	被担	夫養者		都道府県 番号	2 4		数表 §号	1		寮機関 ュード	ı			
交	付年月日		平	成 29	9 年	10 月 2	5 日			せんの b期間	ı	平	成 年	月	Image: Control of the		含めて4日	場合を除き 以内に保!	
	変更不可								ネリック医薬品 に署名又は記				があると	判断し	た場合	合には	、「変更	更不可」	欄
			1)			パNF2										14架	Ÿ		
処				ファ	平成 エルネ		月26日 2号輸泡	ョから 夜200	mL 510:00に1 00mL 1袋				- ` '			28才 4日夕			
			2)	~ <i>/</i> `	-		,		エ/mLシリン 〜ートに充填		•	ルアーロ	ロックタイ	(プ)		144	Z		
方			3)	(1)	E中心 本体 附属		養用輔	俞液┪	セット					3セッ	ット				
				以下	① (余)	フーバー	一針							3本					
/±	保険医署名					「レ」又は「甲印するこ		見載した	た場合は、)	訪	問指	示							

- 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せん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。

2 記載例2:中心静脈栄養(TPN)キット製品への混注(簡易版)

						処			†		 1-	,							
公費負担者番号						この処	万せん	んは、	どの保険薬局 保険 保険	でも有分 者番号	です。	3	9	2	4	2	0	7	8
公費負担医療 受給者番号	」 の								被保険者							××-(
氏 名					たる太良					療機!! !及び4		3				●町 ●クリ	- ●● ニック	•-•	
患 生年月日 生年月日	明大昭平	9	年)	10 月	6	∃	勇	·女	_	活番号 医氏名)595- 在宅)-×> -郎	×××	在宅	
区分	· .	皮保隆	資者)		被扶	養者	<u>.</u>	都道府県 番号	2 4		数表 :号	1		寮機関 エード				
交付年月日		平成	戈 29	9 年	10)	月 25	日			せんの 助期間		平	成年	月	Image: Control of the		成がある場 らめて4日1 つること		
変更不可	1 2	レ」又() こ () ~ () (は「× エア・ インア・ インア・ インス・ インス・ インス・ インス・ インス・ インス・ インス・ インス	く」を記 ネモリ 中本 附 工 中体 属	記載し パジンド い い い い い い い い い る に る し に る し っ し っ し っ し っ し っ し っ し っ し っ し っ し	、「保 F2長 静注 シク 派栄	_{険医署} 号輸液 20m 用100 乗用車	名欄」	【/mLシリン	記名•押₽	巾するこ	<u>と</u> 。				14袋 28本 14本	7.		1199
方 保険医署		変更多							ニ場合は、)	訪	問指疗	<u></u>							
考																			

- 1. この注射処方せんは、記載例1の中心静脈栄養(TPN)キット製品への混注処方せんの 簡易版となります。
- 2. この処方では, 注射薬の混注が必要ですので, 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。

3 記載例3:麻薬(モルヒネ)持続皮下注

			処	方	せ	ん	
			(この処	方せんは、	どの保険薬局でも有効	かです。)	
公費	負担者番号				保険者番号		2 4 0 1 0 1
11	費負担医療の 受給者番号				被保険者証・被保 者手帳の記号・番		•••×××-○○
		T-			r		
	氏 名	· ·	ち はなこ) 花子		保険医療機 所在地及び		三重県亀山市●●町●●●-● ●●●●●クリニック
患	生年月日	明 大 48年3月	25 FI	男女	電話番号		059- ●●● -×××
者	工十万日	平 48 年 3 月	20 д	<i>77</i> 🐼	保険医氏名	Z	在宅 二郎 (在宅)
	区分	被保険者	被扶	養者	都道府県 番号 2 4	点数表 番号	1 医療機関 □ード □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
交	付年月日	平成 29 年	10 月 25	日	処方せんの 有効期間		平成 年 月 日 (特に記載がある場合を除き、公布 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 に「レ」又は「×」を言	ハて、後発医 己載し、「保険	薬品(ジェ 美医署名欄」	ネリック医薬品)への変 に署名又は記名・押	更に差支え 印すること。	えがあると判断した場合には、「変更不可」欄
処		1) モルヒネ	塩酸塩注	射液50m	ıg/5mL	10)本
		大塚生食	t注50mL	,		14	*
		平成	え29年10	月26日10)時から持続皮下	注、2回分	भे
							ュアフューサ゛ーA(50mL)に充填
						5mL、口)	ックアウトタイム 30分
		モル	七ネ1日 拝	持続投与責	社 60mg		
方		2) シュアー	フューザー	-A PC	Aセット(50mL)	21	 アット
		以下余自	1				
	保険医署名	「変更不可」欄に 署名又は記名・扌	「レ」又は「× 甲印すること。	(」を記載した	た場合は、) 訪	問指示	
備		麻薬施用者	00-	-00	患者住所		
耂		免許証番号			亀山市○○町	××∪C)-()

- 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、処方せん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。

4 記載例4:麻薬(モルヒネ)持続皮下注(簡易版)

)	処		方	t	<u>-</u>	ん	,							
						(この処	上方せん	んは、	どの保険薬局	でも有效	です。)							
公費	負担者番号									保険	者番号				2	4	0	1	0	1
Ü	、費負担医療の 受給者番号)								被保険者 者手帳の				•	••	××	××-	-OC	0	
	氏 名					ち はi 花子				保険医 所在地			3	三重归	— .			「● ● ニック		
患者	生年月日	明大昭平		8年	3 月	25	日	男	€		舌番号 医氏名	1			59- 在宅		D-× 二郎	××:	在宅	
	区分	(被保	:険者)		被扶	養者	<u>.</u>	都道府県 番号	2 4		效表 号	1		療機関 コード	•	•	•	•
交	付年月日		平	成 29	9 年	10 月	月 25	日			せんの 期間		平	成年	月	∃ (載がある場 含めて4日 けること		
処	変更不可		1)	モル大塚携帯	セネ.	塩酸: ま注5	塩注 OmL	射液	50m	に署名又は <u>i</u> g/5mL Aポンプ(I			と。 10本 1本 2セッ							
方																				
供	保険医署名					甲印す			記載した 	生場合は、)	訪	問指力	ŕ							
備考				薬施 / 午証 都		()O-	-00		患者住所 亀山市()O-	\bigcirc						

- 1. この注射処方せんは、記載例3の麻薬(モルヒネ)持続皮下注処方せんの簡易版となります。
- 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。

5 記載例 5:末梢静脈栄養 (PPN)輸液製剤

公費	負担者番号								70135	どの保険薬局で保険者					2	4	0	0	7	7
4	、費負担医療の 受給者番号)								被保険者証 者手帳の記					•••	\bullet × ×	: ××-	•••		
	氏 名			(ひらt 平田	こつに 翼				保険医療 所在地及			=	三重り				「●● ニック	●-●)
患	生年月日	明大昭	15	年	12 月	25	日	男	·女	電話	_ •							×××	(
者	区分	平	被保	· 険者	<u>.</u>		被扶	養者	<u> </u>	保険医 都道府県 番号 2	氏名 4	点数番号		1		療機関 ュード	一郎 			•
交	付年月日				9 年					型 切 が が が か が す か 其 か ず か ず か ず か ず か ず か ず か ず か ず か ず		H ,		成 年		<u> </u>		がある場合 て4日以内(
処		-	1)	ビー生食	-フリ・ 平成 投与 (注シ	ード車 29 ^年 ・速度 ・リン 1回、	前液5 〒10 〒 2 ² ジ10	500m 月26 40ml	nL i日か L/hr (ルア	に署名又は記名 ら9時に1日1 ーロックタイン ノートに充填、	回、点	滴静		7日分	₹	袋本				
方																				
		<u> </u>	Γ after en	7 2 2	1497 7	Fr T	7) [\	ノコなっき	7447	た場合は、)	⇒누 田	指示	-							

- 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。

6 記載例 6:末梢静脈栄養 (PPN)輸液製剤

							処		力	ĵ	ન	ナ		A	<i>)</i>								
			1			((このタ	上方せ	んは、	بخ	の保険薬局	うでも	有効	です。)				,	_			
公費	負担者番号	÷									保険	者番	号				2	4	0		О	7	7
11	公費負担医療 受給者番号										被保険者 者手帳の						••	$\bullet \times \times$	(××	-00	•		
	氏 名				ひらだ 平田						保険医 所在地					三重		鹿市				₽-●	
患		明 . 大									電	話番	号			(059-	••	• -×	×	××		
者	生年月日		, 15	年	12 月	25	日	勇	·女		保険	医医	氏名				在宅	i	一郎		(ŧ)	
	区分		被保	:険者	-		被扶	養者			都道府県 番号	2	4		数表 :号	1		療機関コード		•	•	•	•
交	付年月日		平	成 29	9 年	10 月	月 25	目			処方 有家				平	成 年	月			めて4日		を除き、公 保険薬局	
	変更不同										ック医薬品 署名又は					ぶあると	判断し	た場合	合には	:、「変	で更不	「可」欄)
			1)	ビー	フリー	一ド車	俞液5	00m	ıL								7	袋					
			2)	生食	注注シ	リン	ジ10	mL(ルア		ロックタイ	イプ))				7	本					
処				以下	余白	1																	
2																							
方																							
	保険医署						スは「> ること		載した	と場	易合は、)		訪問	指え	示								
	保険薬局>										示がある場 療機関へ				[×];	記載	するこ	حاد.)					
調	M洛年月日		亚	ь¢	年.		且	H			<u> </u>	1 扫き	子 悉 呈										

- 1. この注射処方せんは、記載例5の末梢静脈栄養(PPN)輸液製剤処方せんの簡易 版となります。
- 2. 用法及び用量が記載されていませんので、必要に応じて、薬剤師が必要な内容を処方 医に確認してください。

7 記載例7:電解質輸液維持(3号)液

						/	処		力	ĵ		せ		A	U							
				1		(このタ	処方せ	んは、	どの		薬局で		めです。	,) 		<u> </u>			7	r	7
公費	負担者番号		ļ								仔	R 険者	番号				2	4	0	1	0	1
4	公費負担医療の 受給者番号											検者証 帳の記					••	•×>	< × × -	•••	1	
-	氏 名					: さぶ 三側						食医療 E地及		-		三重			-	叮●● Jニック	-	
患	化左 日日	明大	2	7年	1 🛭		1	勇	\. -/- -			電話	番号				059-	••	•-×	××	×	
者	生年月日	昭平		7年	1 月	5 =	1		• 女		仔	R 険医	氏名	1			在宅	:	二郎	(在宅	
	区分		被保	険者		7	被扶	養者	î	者	『道府 番号		4		数表 §号	1		療機関	•			
交	付年月日		平月	戎 29	年	10 月	25	5 目				方せ. 有効其			平	成 年	月	目		関がある場☆ 5で4日以内 と		
	変更不可			D方薬に にな「×												があると	比判断	した場	合には	、「変更	不可」	欄]
			1)	ソルフ														袋				
処								月 26 00ml		_	時に	.1日1	. 回、	点滴	静注、	, 7日;	分					
		:	2)	生食													7	本				
							静朋	派内留	習置八	レー	トに	充填、	7日;	分								
				以下	余白	1																
方																						
	保険医署名			「不可」 又は記					己載した	た場合	合は、		訪	問指	示							

- 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 $300\sim500$ mLを基準とする。」に準拠して算出しています。
- 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。

8 記載例8:電解質輸液維持(3号)液(簡易版)

公費	負担者番号									どの保険薬局 保険者					2	4	0	1	0	1
1	公費負担医療の 受給者番号)								被保険者記者手帳の記					••	lacktriangle $ imes$ $ imes$	(××-	•••	<u>. </u>	1
	又和白笛万							<u> </u>		有 于阪の	5万•征	17	<u> </u>							
	氏 名					ぶさ: 三郎				保険医 所在地				三重				丁●● Jニック		
患		明 大								電話	番号)59-	••	- ×	$\times \times$	×	
者	生年月日	昭平	3	7年	1月	5 F	1	男	•女	保険	医氏名	Ż			在宅		二郎	(在宅	
	区分		被保	険者		ł	被扶	養者	ŕ	都道府県 番号	2 4		数表 译号	1		療機関 ュード	•	•	•	•
交	付年月日		平月	戎 29	9 年	10 月	25	日		処方も 有効		1	平	成年	月	Image: Control of the		て4日以内	合を除き、	
	変更不可									ネリック医薬品) に署名又は記				があると	判断し	た場合	合には	、「変更	不可」	闌
			1)	ソル	デム	3A輸	液	500	mL						7	袋				
		;	2)	生食	注シ	リンミ	ジ 1	0ml	し(ル	アーロックタ	(プ)				7	本				
処				以下	余白	I														
処				以下	余白	ł														
処				以下	余白	l														
処				以下	余白	1														
処				以下	· 余白	I														
処				以下	· 余 É	l														
				以下	· 余 白	I														
				以下	· 余 白	I														
				以下	· · ·	I														
				以下	· 余 É	I														
	保険医署名		「変更	「不可」	欄に				己載し	と場合は、)	訪	問指	_ 示							
	保険医署名		「変更	「不可」	欄に	「レ」又			己載し	た場合は、)	訪	問指	示							
<u></u>	保険医署名		「変更	「不可」	欄に	「レ」又			己載し	た場合は、)	訪	問指	 示							
	保険医署名		「変更	「不可」	欄に	「レ」又			己載し	た場合は、)	訪	問指	示							
	保険医署名		「変更	「不可」	欄に	「レ」又			己載し	た場合は、)	訪	問指	示							

- 1. この注射処方せんは、記載例7の**電解質輸液維持(3号)液処方せんの簡易版**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。

9 記載例 9:抗菌薬(セフトリアキソン)点滴静注用バッグ

公質	負担者番号							,	保険者番	:号	3	9	2	4	2	0	7	8
11	、費負担医療の 受給者番号)							険者証• 帳の記号				•••)××:	××-(•••	•	
	氏 名			(しろこ 白子	さくり さくさ	- /			険医療標 生地及で			三重児		E市●				
患者	生年月日	明大昭平	5	年 12 月	25 日	1	男・安	1	電話番				59-€ 生宅	-)-× -郎	× × ;	在空	
19	区分	-	波保	険者	初	皮扶	養者	都道府番号		4	点数表 番号	1		療機関 ュード	•	•	• •	•
交	付年月日		平月	成 29 年	10 月	25	日		□方せん 有効期		4	成 年	月	日		きめて4日	合を除き、 以内に保服	
	変更不可			心方薬につい ては「×」を記								があると	判断し	た場合	合には	、「変更	夏不可]	欄)
処		-	1)	平成	対29年	10)	トリウム点 月26日か OmL/hr~	ら10時	-		点滴静泡		袋 I 分					
		2		生食注》 1日 以下余白	2回、青		OmL(ル 内留置ル					10	本					
方																		

【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10 mL(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。

10 記載例 10:抗菌薬(セフトリアキソン)点滴静注用バッグ(簡易版)

						Ş	几		方	せ	ん	/							
					ı	(3	この処	方せん	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	ļ .	3	9	2	4	2	0	7	8
12	、費負担医療の 受給者番号									被保険者証・被 者手帳の記号・				•••)××:	××-(•••		
-6-	氏 名			(しろ: 白-		さく さく	(6) 6			保険医療機 所在地及び		3	三重県				・●● ニック		•
患者	生年月日	明大昭	5 £	Ĕ 12	月	25	日	男	B	電話番号	-			59- 生宅)-×: -郎	×××	在之	
白	区分	平	女保隆	渚)	,	被扶	養者		都道府県	点	数表 号	1	医療	療機関 ∶ード	•	•	•	•
交位	付年月日		平成	29	年	10 月	25	月		処方せんの 有効期間		平	成年	月	日		めて4日↓	合を除き、 以内に保険	
		<u> </u>								に署名又は記名・排 商静注用1gバッ			5	岱					
処		2)		主シ	リンミ				両肝狂用1gバッ アーロックタイプ。			5.						
方	保険医署名	2) <u>f</u>	上食 注	主シ条白	リンミ	1	OmI	.(1)	-									
方	保険薬局が話	2 2) <u>た</u> 変異名 変異名 に残 _残	三食注入下分のでは、では、このでは、このでは、このでは、このでは、このでは、このでは、こので	主余白爛れて押して押して	リンジ	ング 1 こと。 こと。	OmI (」を記	と載した 特に対	アーロックタイプ) 訪問指え		52	—————————————————————————————————————	と。)				

- 1. この注射処方せんは、記載例9の抗菌薬 (セフトリアキソン) 点滴静注用バッグ処 方せん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、薬剤師が必要な内容を処方医に確認してください。