

(1) 患者の氏名	○ ○ ○ ○			(2) 生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 43 年 10 月 10 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	カルテ番号 25-123
測定日	R2	年	8 月 2 日			
身長	160	cm	体重			
(3) 現住所	(〒○○○ - ○○○○) ※身長・体重は、(4)の医薬品を使用した時点の直近の値を記入してください。 ○○県○○市○○町○○○					

(4) 使用された医薬品等(医薬品等の名称は販売名を記入して下さい) (注1)								
院外 処方 (注2)	医薬品等の名称 (会社名)(注3)	規格単位 (注4)	1日 使用量 (注5)	使用方法(注5)		使用期間(注5)		使用理由
				投与(使用) 経路	1日 使用回数	開始日	終了日	
	○○カプセル (A社)	2mg	6mg/週	経口	週3回	R2.8.2	R2.9.12	関節リウマチ
	□□錠 (B薬品)	100mg	2錠	経口	分2食後	R2.8.2	継続中	関節リウマチの 消炎・鎮痛
	△△配合顆粒 (C製薬)	1g	4包	経口	分4食後 就寝前	R2.9.9	R2.9.12	感冒

※副作用によるものとみられる疾病の原因として疑われた医薬品だけでなく、それと同時期に使用されていた医薬品についても、記入してください。

※一旦中止して再度使用した場合、漸減/漸増の場合など、同じ医薬品であっても異なる用量に変更した場合は行を分けて記入してください。

※使用期間の開始日・終了日については処方した期間で差し支えありませんが、患者さんの実際の使用状況が異なる場合は実際に使用した日にちを記入してください。終了日が不明の場合には、最終処方日と何日分処方したか等のわかる範囲の情報を記載いただき、空欄にしないでください。

※頓用の場合は、分かる範囲で結構ですので、実際に使用した日にちと、各日の1日使用量、1日使用回数を記入してください(「1日使用量」または「1日使用回数」の欄に頓用の旨を記入し、(8)に実際の使用状況を記入していただいても結構です)。

※医薬品等の名称は販売名(商品名)とし、(4)の医薬品を特定できるよう剤形及び規格単位を明確に記入してください。

※使用された医薬品を具体的に特定する必要がありますので、保険薬局において先発医薬品から後発医薬品への変更等があった場合には、販売名(販売名が一般名＋屋号を含む)を確認のうえ記入してください(お薬手帳のコピー等を添付していただいても結構です)。

- (注1) (4)の医薬品等の名称欄には、患者に投薬・使用した医薬品又は再生医療等製品(処方箋を交付した場合も含みます)について記入して下さい。
- (注2) 院外処方による場合には、「院外処方」の欄に○印を記入して下さい。
- (注3) 使用された医薬品等を具体的に特定する必要がありますので、一般名処方又は後発医薬品への変更可の処方箋の場合、実際に投薬された医薬品等の販売名(販売名が一般名＋屋号の場合は屋号を含む)を記入して下さい。
- (注4) 医薬品等について、規格・単位を記入して下さい。
- (注5) 上記医薬品等の使用が連日でなかった場合、又は漸減(増)療法によった場合には、「1日使用量」、「使用方法」及び「使用期間」の欄にその内容が分かるように記入して下さい。

(5) (4)の医薬品等を使用するに至った傷病の名称又は症状(原疾患)	関節リウマチ、感冒	※(4)の医薬品を使用することになった原疾患名等を列記してください。
(6) (4)の医薬品等使用時の傷病であって(5)の傷病以外のもの	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (有の場合)	
(7) (5)及び(6)傷病についての薬剤以外の処置	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 1.放射線治療 <input type="checkbox"/> 2.輸血 <input type="checkbox"/> 3.手術 <input type="checkbox"/> 4.その他 ()	

上記のとおり証明します。

令和3年5月2日

病院又は診療所の名称	診療担当科名
〇〇病院	〇 〇 科
所在地	医師氏名
〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇〇〇	〇 〇 〇 〇
電話番号	
〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	

救済給付に関わる問い合わせ窓口	※投薬・使用証明書を作成された医師以外に、同一施設内で救済給付に関わる問い合わせ窓口(医事課、薬剤部や地域連携室等)を指定される場合には、その担当者の所属・氏名・電話番号を記入してください。
部署名	
担当者名	

- 注意
- 1 診断書を作成する医師が投薬し、又は使用した場合（処方箋を交付した場合を含みます。）には、この書類は不要です。

2 ワクチンを接種されている場合の予診票、その他参考となる資料がありましたら、備考欄にその資料名を記入し、添付して下さい。

3 記入しきれない場合には適宜別紙に記入のうえ添付して下さい。

4 パソコン等で作成された場合は、紙による提出と共に、電子ファイルをCD等の電子媒体へコピーしたものを添付して下さい。
- ※4につきまして、電子ファイルをご提出いただく場合、CDもしくはDVDで添付してください。