

【記載要領・顎骨壊死】投薬・使用証明書

(1) 患者の氏名		〇 〇 〇 〇		(2) 生年月日		<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 25 年 10 月 10 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		カルテ番号		
測定日		R1	年			8	月	8	日	25-123
身長		145	cm			体重		50	kg	
(3) 現住所		(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇)		※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。						
		〇〇県〇〇市〇〇町〇〇〇								
(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		
	〇〇錠 (A製薬)		75mg	75mg	経口	月に1回	R1. 8. 10	R2. 9. 2		骨粗しょう症
	△△カプセル (B社)		0.75μg	0.75μg	経口	1回	R1. 8. 10	継続中		骨粗しょう症
	□□シリンジ (C薬品)		60mg	60mg	皮下注	3週間に 1回	R2. 9. 3	R5. 10. 2		骨粗しょう症
※使用した医薬品は製剤毎にもれなく記入してください。 ※毎日投与ではない製剤は「週1回」「月1回」「6か月に1回」など投与間隔が分かるように記入してください。 ※「一旦中止して再度使用した場合の中断期間」「漸減、漸増」「継続中」などの内容が分かるように記入してください。 ※使用期間の開始日・終了日については、処方した期間ではなく、実際に使用した日にちを記入してください。										
※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(お薬手帳の写し等を添付して いただいても結構です)。										
※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 ついては、記入してください。 ※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)。										
(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)		骨粗しょう症			※(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6年7月2日

病院又は診療所の名称

〇〇病院

診療担当科名

〇 〇 科

所在地

〒〇〇〇-〇〇〇〇
〇〇県〇〇市〇〇町〇〇〇〇

医師氏名

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

部署名

担当者名

※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。

注意

※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。

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。