**別紙（外用薬）**　□：該当のチェックを入れてください（クリックするとチェックが入ります）作成日：　　年　月　日

|  |  |
| --- | --- |
| 投薬期間の上限設定 | 該当せず（制限なし）  新薬　（　　）日分まで処方可、　　　年　　月　　日から投薬制限解除予定  麻薬　（　　）日分まで処方可  向精神薬 （　　）日分まで処方可 |
| 保険適応上の処方日数設定 | 制限なし  （　　）日分まで処方可  適応によって異なる（詳細：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 上限枚数設定  （貼付剤の場合） | 制限なし  （　　）枚/回まで処方可 |
| 原薬の安定性  （期間、条件） | ※データがある場合は別添でご提供ください（社内資料含む）  ※IFにデータが掲載されている場合は、該当の頁数をご記載ください。 |
| 過敏症 | ピリン系　ペニシリン系　セフェム系　ヨード系　NSAIDs  キシロカイン系　該当なし |
| アルコール含有の有無 | 無　有 |
| 混合の可否  （軟膏・クリーム・ゲル等の場合） | 該当なし  不可　可（条件：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　）  ※データがある場合は別添でご提供ください（社内資料含む）  ※IFにデータが掲載されている場合は、該当の頁数をご記載ください。 |
| 切断の可否  （貼付剤の場合） | 不可（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）  可（条件：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ※データがある場合は別添でご提供ください（社内資料含む）  ※IFにデータが掲載されている場合は、該当の頁数をご記載ください。 |
| 投与にあたっての同意の必要性 | 無　有 |
| その他注意すべき事項 | 無　有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　） |

採用にあたって削除薬がある場合（削除薬：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 削除薬の同成分薬 |  |
| 削除薬の同効薬  例：ボルタレン錠25mg（院外）（ジクロフェナクナトリウム）  ※当院の採用薬のみ記載  ※院外限定採用薬の場合は一般名の前に（院外）を入れてください |  |