**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 |  |