**後発医薬品事前調査書**（記入日　　　年 　月 　日）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **商品名** | | | |
| **一般名** | | | |
| **成分含量・剤型** | | | **メーカー名** |
| **薬価** | | | **担当者名** |
| **薬効タイトル** | | | **電話番号**  **FAX番号** |
| **先発品との適応（小児への投与等も含む）、用法・用量の違いの有無**  ：有　　：無 | | | |
| **製剤の特徴（味、崩壊性、添加剤の違い、先発との保存条件の違い等）**  ：有　　：無 | | | |
| **その他の先発品との違いについて特記事項の有無**  ：有　　：無 | | | |
| **先発品におけるイエローレター・ブルーレター発出の有無**  ：イエローレター　　：ブルーレター　　：どちらもなし | | | |
| **割線の有無**　：有　　：ﾃﾞｻﾞｲﾝ割線　　：無  （※チェックボックスは必ず記入してください） | **半割調剤の可否**　：可　　：条件付き可　：不可  （※チェックボックスは必ず記入してください） | | |
| **一包化自動分包機への実装の可否**  ：可　　：不可　（無包装状態での安定性）  （※チェックボックスは必ず記入、「○○を参照」は不可）  理由・条件 | **錠剤粉砕・脱カプセルの可否**  ：可　　：不可  （※チェックボックスは必ず記入、「○○を参照」は不可）  理由・条件 | | |
| **簡易懸濁法の可否**  ：可　　：コーティング破壊で可　　：不可  理由・条件  （※チェックボックスは必ず記入、「○○を参照」は不可） | **配合変化の有無（注射剤、軟膏剤、散剤など）**  ：有　（　　　　）　　：無 | | |
| **（注射剤） フィルター通過性**  ☐：必須、☐：条件付き使用可（条件　　　）　☐：不可（理由　　　　）☐：データ無  （データ無の場合）  製造工程での0.22μm以下のフィルター使用  ☐：有　☐：無 | | | |
| **（注射剤） 血管外漏出時分類について**  ：注射部位等の壊死に関する記載あり  薬効群(抗がん剤等)や記載項目(副作用等)により調剤担当で注射注意コメントに記載するか判断  ：壊死に関する記載なし | | | |
| **添付PPI・メーカー作成の患者向け説明書の有無**  ：有　　：無 | | **バラ包装の販売**  ：有（包装単位：　　　　　　　　　　　）　　：無 | |
| **添付文書における注意すべき事項（※チェックボックスは必ず記入してください）**  **・食物との相互作用**：グレープフルーツ　　：該当なし　　：その他（　　）  **・腎・肝機能による禁忌の有無**：腎障害を有する患者　　：肝障害を有する患者　　：該当なし  **・自動車運転等の危険を伴う作業**  ：禁止（添文上｢避けること｣等の記載あり）　　：注意（添文上｢避けることが望ましい｣等の記載あり  ：その他（　　） | | | |
| **当院への安定供給**  ：可能　：不可 | | | |

※チェックボックスは必ず記入してください。「○○を参照」は不可です。