

生活保護受給者に対する先発医薬品の調剤状況等(平成 年 月調剤分)

千歳市

指定薬局の住所・名称・担当者職氏名

No	調剤日	受給者氏名	公費負担者番号	受給者番号	本人の希望以外の事情					左記の事情により後発医薬品に替えて調剤した先発医薬品名	本件以外も含めた千歳市に対する連絡事項 (自由記載)
					1 アンケートを拒否	2 後発医薬品の在庫がなかったため	3 薬剤師が専門的な知見に基づき適当であると判断したため	4 過去に当該後発医薬品を使用しなかったことがあったため	5 その他の事情 (自由記載)		
1			1 2								
2			1 2								
3			1 2								
4			1 2								
5			1 2								
6			1 2								
7			1 2								
8			1 2								
9			1 2								
10			1 2								

4月、7月、10月、1月の末日までに、前月までの3ヶ月分をまとめて報告。