医薬品ヒアリングシート　　　　　　　　　　　　　作成日：年月日

1. 販売名
2. 一般名
3. 剤型/規格/包装単位
4. 保管上特記事項　[ ] 麻薬　[ ] 毒薬　[ ] 向精神薬　[ ] 特定生物由来製品　[ ] 冷所
5. 製薬会社/担当者名/（内容に関しての）問い合わせ先
6. 薬価収載日
7. 発売日
8. 薬価
9. 全例調査における納入制限：[ ] 有　[ ] 無
10. 初回処方時における納入制限：[ ] 有　[ ] 無
11. 医薬品リスク管理計画（RMP）の有無：[ ] 有　[ ] 無　有の場合、別添
12. 最適使用推進ガイドラインの有無：[ ] 有　[ ] 無　有の場合、別添
13. 処方医師、調剤者対象の必須(e-learning)研修又は資格要件、登録の必要性の有無：

[ ] 有　[ ] 無　有の場合、詳細別添

1. 希少疾病用医薬品の指定の有無：[ ] 有　[ ] 無
2. 医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬の要望による開発要請：[ ] 有　[ ] 無
3. 投与期間制限：[ ] 有　[ ] 無

　[ ] 向精神薬([ ]  14日 [ ]  30日 [ ]  90日)　　 [ ] 麻薬([ ]  14日 [ ]  30日)

[ ] 新医薬品([ ]  14日 [ ] その他　　長期投与が可能となる日：　　年 月　 日)

１７， 保険請求上の注意事項：[ ] 有　[ ] 無　有の場合、詳細

２１，外用剤について

1. 軟膏類　他剤との配合変化表の有無：[ ] 有　[ ] 無　有の場合、別添
2. 点眼液　保管上の特記事項の有無：[ ] 有　[ ] 無　有の場合、別添
3. 貼付剤　金属含有の有無：[ ] 有　[ ] 無
4. １回で処方可能な薬剤量（枚数、ｇなど）