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

１８， 錠剤・カプセル剤について

* 1. 分割の可否：可　否　　資料別添
  2. 錠剤粉砕・カプセル開封の可否：可　否　　資料別添

錠剤粉砕・カプセル開封した場合、調剤時の被爆防止の必要性について、また感覚器への影響がある場合（苦味、臭い、刺激感など）も記載してください。

* 1. 一包化の可否：可　否　　資料別添
  2. 簡易懸濁・経管投与の可否：可　否　　資料別添
  3. フィルムコート、糖衣錠の理由：

１９， 散剤、液剤について

　　配合変化表（他剤、飲料）の有無：有　無　有の場合、別添