

「新型コロナウイルス感染症等の感染が疑われる患者への処方箋発行にあたって」の通知が大阪府医師会より郡市区等医師会長宛てで発出されております。本会からの依頼を受けて処方箋の備考欄に患者の状況及び連絡先等を記載いただけることとなりましたのでお知らせいたします。周知まで多少お時間がかかるかもしれませんが、ご対応のほどよろしくお願い申し上げます。

(抜粋)

令和2年12月23日

郡市区等医師会長 殿

一般社団法人大阪府医師会  
会長 茂松 茂人

新型コロナウイルス感染症等の感染が疑われる患者への処方箋発行にあたってのお願い

平素は本会事業の推進にあたり、ご支援ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、大阪府薬剤師会より標記に関して、薬局内における感染拡大防止の観点より、患者の状況を把握した上での処方箋応需が求められていることから、医療機関において新型コロナウイルス感染症（疑い）患者等に院外処方箋を交付する場合は、交付の際に、薬局に対して患者の状況・連絡先電話番号等を情報提供するよう、本会に下記の協力依頼がまいりました。

つきましては、誠にお手数ではございますが、貴会会員へご周知賜りますようお願い申し上げます。

記

◇ご協力をお願いしたい対象患者

- ・発熱患者
- ・新型コロナウイルス感染症（疑い）患者

◇処方箋交付の際の留意事項

- (1) 患者の希望する薬局へ処方箋をFAXで送信してください。
- (2) 処方箋には、患者の同意を得て、備考欄にF・I・C（※）および患者の連絡先（携帯電話番号等）を記載してください。

※ 発熱をF、インフルエンザ検査をI、新型コロナウイルス感染症検査をCとそれぞれ略して記載してください。さらに、Fに関しては、発熱がある場合は○、発熱がない場合は×を付記してください。I、Cに関しては、結果がプラスの場合は○、マイナスの場合は×、検査中は△を付記してください。検査していない場合はI、Cのみとしてください。

- (例1) 発熱あり、インフルエンザ検査陽性、新型コロナウイルス感染症に係るPCR検査等を実施していない場合

処 方 箋		様式第二号
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)		
備考	保険医署名 <small>〔「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。〕</small>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">F</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">I</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">C</div> </div>
	TEL 000-0000-0000	
保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。） <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供		

- (例2) ・発熱なし、インフルエンザ検査陰性、新型コロナウイルス感染症に係るPCR検査等は検査中の場合

処 方 箋		様式第二号
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)		
備考	保険医署名 <small>〔「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。〕</small>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">✕</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">✕</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">△</div> </div>
	TEL 000-0000-0000	
保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。） <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供		

- (3) 患者には、来局前にあらかじめ当該薬局に連絡するようお願いください。
- (4) FAXした処方箋原本は、患者（家族）に薬局まで持参させるか、薬局あてに郵送してください。