

流通管理品目

【条件】(医:医療機関、薬:薬局)

- ①MRによる情報提供(製品事前説明)
- ②調査(全例調査も含む)又は売買契約書
- ③書類(報告書・確認書等)提出
- ④登録(Web登録も含む)[登録医・薬剤師がいる施設]
- ⑤e-learning受講[受講した医師・薬剤師がいる施設]
- ⑥専門医(治験医師を含む場合あり)[専門医などがいる施設]
- ⑦学会登録[登録した医師がいる施設]
- ⑧講習会受講[受講した医師・薬剤師がいる施設]
- ⑨認定医[認定医のいる施設]
- ⑩医療機関連携確認書
- ⑪調査協力の同意
- ⑫患者持参カード
- ⑬①～⑫以外の条件あり(詳細は、メーカーへ確認)
- ⑭備考参照

愛媛大学医学部附属病院薬剤部 薬品情報管理室／愛媛県薬剤師会 医薬分業委員会・広報委員会／愛媛県病院薬剤師会 薬剤業務委員会／一颯会[※]／松山大学 薬学部
※一颯会とは、医薬品に関連するメーカー及び卸の担当社員で構成され、愛媛大学医学部附属病院薬剤部と同会員の情報共有及び会員相互の向上を目的として設立。

注:最終確認及び⑬の内容は、メーカーにお願いいたします。改変等により生じた問題に関し、一切その責任を負いません。

流通管理品目

○：院外処方の可能性あり ☆：疾患限定
【条件】①MRIによる情報提供 ②調査又は売買契約書（全例調査も含む） ③書類（報告書・確認書等）提出 ④登録（Web登録も含む）（登録医・薬剤師がいる施設）
⑤e-learning受講 ⑥専門医・治療医師 ⑦学会登録 ⑧講習会受講 ⑨認定医 ⑩医療機関連携確認書 ⑪調査協力の同意 ⑫患者持参カード ⑬ ①～⑫以外の条件あり ⑭備考参照

| 内服 | 注射 | 外用 | 全例調査 | 毎回 | 品名 | メーカー | 施設条件 | | | 医師・薬剤師条件 | | 備考 | 調剤時確認事項 | 医療施設 (卸からの確認事項) | 保険薬局 (卸からの確認事項) | 備考 |
|----|----|----|------|----|---------------------------------|------------------------------------|------|----|---|----------|-----|---|---------------------------------------|---|------------------------------|------------------------------------|
| | | | | | | | 医療機関 | 薬局 | | 医師 | 薬剤師 | | | | | |
| ○ | | | ● | | アグリリンカプセル0.5mg | 武田薬品 (SPLine) | ① | ② | | | | | | 医療機関名・診療科・医師名 | 処方元施設名・診療科名・医師名 | |
| | ○ | | | | アジョビ皮下注225mgシリンジ・オートインジェクター | 大塚製薬 | ⑭ | | | ⑭ | | フレマネスマフ(遺伝子組換え)最適使用推進ガイドライン | | 施設名・住所・TEL・処方医師名 | 処方元施設名・住所・TEL・処方医師名 | |
| | ● | | ● | | アジンマ静注用 | 武田薬品 (SPLine) | ② | | | | | | | 施設名・住所・TEL・使用診療科・処方医師名 | | |
| | ○ | | ● | | アドセトリス点滴静注用50mg | 武田薬品 | ① | ② | | | | | | 医療機関名・住所・電話番号 | | |
| ● | | | ● | ● | アビガン錠200mg | 富士フイルム富山化学 (SPLine) | ① | ② | ⑬ | | ⑤ | | | 医療機関名・住所・TEL・処方医師・患者の有無等 | | SFTS処方に対しての流通管理 |
| | ● | | ● | | アムヴトラ皮下注25mgシリンジ | Alnylam Japan (エス・ディ・コラボ) | ② | | | | | | | 医療機関名・住所・電話番号・診療科名・医師名 | | |
| | | ● | | | アリケイス吸入液590mg | インスメッド (エス・ディ・コラボ) | ② | | | ② | | | 専用ネブライザ「ラミラネブライザシステム」を使用する | 施設名・住所・電話番号・使用診療科名・医師名 | 処方元施設名・診療科名・医師名 | 使用するネブライザや患者さまのサポート体制に関する情報提供を行うため |
| | ● | | ● | | イジユド点滴静注25mg・300mg | アストラゼネカ | ① | ② | | | | | | 施設名・住所・TEL・FAX | | |
| ● | | | | | イスツリサ錠1mg・5mg | レコルダティ・レア・ディーズ・ジャパン (エス・ディ・コラボ) | ② | | | ② | | | | 施設名・住所・電話番号・使用診療科名・医師名 | 処方元施設名・診療科名・医師名 | 適正使用促進への協力 |
| | ○ | | | | イデルピオン静注用250・500・1000・2000・3500 | CSLベーリング (エス・エム・ディ) | ① | | | | | | | 診療科名・医師名 | 処方元施設名・診療科名・医師名 | |
| ● | | | | | イブトロジーカプセル200mg | 日本化薬 | ② | | | | | | | 発注数・納品予定日・処方日数・投与開始予定日・納品先の名称・住所・電話番号・診療科・医師名 | 処方元施設名・住所・電話番号・診療科・医師名 | |
| | ● | | ● | | イミフィンジ点滴静注120mg・500mg | アストラゼネカ | ① | ② | | | | | | 施設名・住所・TEL・FAX | | |
| | ● | | | | イムデトラ点滴静注用1mg・10mg | アムジェン (エス・ディ・コラボ) | ① | | ⑬ | | ⑥ | メーカーとの定期的な連絡 | | 施設名・住所・電話番号・診療科・医師名 | | |
| | ● | | ● | | イラリス皮下注用150mg | ノバルティス | ③ | ② | | | ⑥ | 治療医 | | | | |
| | | | ☆ | | インフリキシマブBS点滴静注用100mg「あゆみ」 | ヤクハン製薬＝あゆみ製薬 | ⑭ | | | | ⑥ | 緊急時対応が可能な施設 | | 医療機関名・住所・電話番号 可能であれば使用科名・使用医師名 | | |
| | | | ? | | インフリキシマブBS点滴静注用100mg「日医工」 | 日医工 | | | | | | メーカー非公開 | | 医療機関名・住所・電話番号 | | |
| | | | ☆ | | インフリキシマブBS点滴静注用100mg「NK」 | 日本化薬 | ① | ② | ⑭ | | ⑥ | 緊急時対応が可能な施設。 リウマチに使用。個人施設は緊急時対応できる施設と連携が取れていれば可。 消化器疾患に使用。学会指定の医療機関に限る。 | | 医療機関名・住所・電話番号 可能であれば使用科名・使用医師名 | | 薬局への納品は不可。 2～8℃温度管理。 |
| | | | ☆ | | インフリキシマブBS点滴静注用100mg「ファイザー」 | ファイザー | ② | | | | | | | 医療機関名・住所・電話番号・疾患名 | 得意先名・住所・電話番号・処方元医療機関名・疾患名 | |
| ○ | | | ● | | ヴァイトラックピカプセル25mg、100mg | ハイエル薬品 (エス・ディ・コラボ) | ② | | | ② | | | | 医療機関名・住所・電話番号・使用診療科名・医師名 | 処方元医療機関住所・処方診療科及び医名 | 全例調査への協力 |
| ○ | | | ● | ● | ヴァイトラックピ内用液20mg／mL | ハイエル薬品 (エス・ディ・コラボ) | ② | | | ② | | | 追加デバイス数量確認のため、 都度1回投与量を確認(患者毎) | 医療機関名・住所・電話番号・使用診療科名・医師名 | 処方元医療機関名・処方元医療機関住所・処方診療科及び医名 | 全例調査への協力 |
| ○ | | | ● | | ヴァンフリタ錠17.7mg・26.5mg | 第一三共 | ① | ② | | ① | ③ | | | 施設名・住所・電話番号・処方予定日 | 施設名・住所・電話番号・処方予定日 | |

流通管理品目

○：院外処方の可能性あり ☆：疾患限定

【条件】①IMRによる情報提供 ②調査又は売買契約書（全例調査も含む） ③書類（報告書・確認書等）提出 ④登録（Web登録も含む）（登録医・薬剤師がいる施設）

⑤e-learning受講 ⑥専門医・治療師 ⑦学会登録 ⑧講習会受講 ⑨認定医 ⑩医療機関連携確認書 ⑪調査協力の同意 ⑫患者持参カード ⑬①～⑫以外の条件あり ⑭備考参照

| 内服 | 注射 | 外用 | 全例調査 | 毎回 | 品名 | メーカー | 施設条件 | | | 医師・薬剤師条件 | | 備考 | 調剤時確認事項 | 医療施設 (卸からの確認事項) | 保険薬局 (卸からの確認事項) | 備考 |
|----|----|----|------|----|--|----------------------------------|------|----|---|----------|-----|--|---------------------------|--|---|-------------------|
| | | | | | | | 医療機関 | 薬局 | | 医師 | 薬剤師 | | | | | |
| ○ | | | | ● | ウブトラビ錠小児用0.05mg | 日本新薬 (SPLine) | | | | | | | | 得意先名・住所・電話番号・ 使用診療科・処方医師 | 得意先名・住所・電話番号・ 処方元施設・処方元住所・ 使用診療科・処方医師 | |
| | ○ | | | | エイフスチラ静注250・500・1000・1500・2000・2500・3000 | CSLベーリング (エス・エム・ディ) | ① | | | | | | | 診療科名・医師名 | 処方元施設名 | 2～8℃温度管理 |
| | ● | | ● | ● | エヴキーザ点滴静注液345mg | Ultragenyx Japan (エス・ディ・コロボ) | ② | | | | | | | 発注数、患者コード(EOO ○○形式)、納品予定日、投 与開始予定日(任意)、得意 先名称・住所・電話番号・診 療科・医師名 | | |
| ○ | | | | | エスワンタイホウ配合OD錠T20・25 | 岡山大鵬薬品 | ① | | ① | | | | | 施設名・住所・電話番号・診 療科名・医師名 | 処方元施設名・診療科名・ 医師名 | |
| | ○ | | | ● | エピペン注射液0.15mg・0.3mg | ヴィアトリス製薬 | ④ | | | ④ | | | 施設名・登録医の確認 | 処方科名・医師名 | 処方元施設名・診療科名・ 医師名 | 登録医講習が必要 |
| ○ | | | | | エフピーOD錠2.5 | エフピー | ① | | ① | | | 専用の錠剤設備 | | 診療科名・医師名(又は薬 剤師) | 処方元施設名・診療科名・ 医師名 | 覚せい剤原料としての 取扱い |
| | ● | | ● | | エブキンリ皮下注4mg・48mg | ジェンマブ (エス・ディ・コロボ) | ② | | | | | | 無償添付品(製剤調製用 ステリバイアル)あり | 診療科名・医師名 | | 院外処方なし |
| ○ | | | | ● | エブリスデイドライシロップ60mg | 中外 (エス・ディ・コロボ) | ② | | | | | | | 医療機関名・住所・電話番 号・使用診療科名・医師名 | 処方元施設名・住所・診療 科 | 適正使用促進への協 力 |
| | ○ | | ● | ● | エムバペリ皮下注1080mg | 旭化成(SPLine) | ① | ② | ⑬ | ⑬ | | ワクチン接種状況の確認 | | | 処方元施設名・処方医師 名・ 患者コード | |
| | ● | | ● | | エルレフィオ皮下注44mg・76mg | ファイザー (エス・ディ・コロボ) | ② | | | | | | | 施設名・住所・電話番号・診 療科名・医師名 | | |
| | ● | | ● | ● | エンスプリング皮下注120mgシリンジ | 中外 (SPLine) | ① | ② | | | | | | 医療機関・住所・TEL・FAX | | |
| | ● | | ● | | エンハーツ点滴静注用100mg | 第一三共 | ⑭ | | | ⑭ | ⑭ | 【施設条件】①②⑥⑬ 【医師条件】①③⑥⑪ 【薬剤師条件】①③④⑪ | | 施設名・住所・電話番号 | | 2～8℃で保存 |
| | | | | | エンボスフィア100・300μm・300・500μm・500・700μm・700・900μm | 日本化薬 | ① | | | | | | | 診療科名・医師名 | | 医療機器 |
| | ● | | | | オニバイド点滴静注43mg | 日本セルヴィエ (エス・ディ・コロボ) | ② | | | | | | | 医療機関名・住所・電話番 号・使用目的診療科名・医 師名 | | 適正使用推進の協力 |
| | ● | | ● | | オビザー静注用500 | 武田薬品(SPLine) | ① | ② | | | | | | 施設名・住所・TEL・使用診療 科・処方医師名 | | |
| ○ | | | ● | | オーファディンカプセル2mg・5mg・10mg | アステラス (エス・ディ・コロボ) | ① | ② | | | | | | 施設名・住所・診療科名・医 師名 | 処方元施設名・診療科名・ 医師名 | 全例調査協力のため |
| | ● | | ● | | オブジーボ点滴静注20mg・100mg | 小野 | ⑭ | | ⑭ | ⑭ | ⑭ | 医療機関：①②⑥⑨⑬ 薬局：①⑬ 医師：①②③⑥⑨⑪⑬ 薬剤師：①③⑪⑬ オブジーボ専用ダイヤル 0120-080-340 使用成績調査の実施施設・ 責任医師申請書の提出 | | 医療機関名 | | |
| ● | | | | | オブフォルダカプセル65mg | アミカス・セラピューティクス (エス・ディ・コロボ) | ① | ② | | | | ボムビリティ投与前にオブ フォルダの投与が必須 両方の注文を確認 | | 得意先名・住所・電話番号・ 診療科名・医師名 | | |
| ○ | | | ● | | オラデオカプセル150mg | オーファンパシフィック ＝鳥居 (エス・エム・ディ) | ② | | | | | | | 施設名・住所・電話番号・診 療科・担当医師名 | 処方元施設名・処方診療 科・処方元施設所在地・処 方医師名 | |
| | ● | | | | オンキャスパー点滴静注用3750 | 日本セルヴィエ (エス・ディ・コロボ) | ① | | | | | | | 得意先名・住所・電話番号・ 診療科名・医師名 | | |
| | ● | | ● | | オンパットロ点滴静注2mg／mL | Alnylam Japan (エス・ディ・コロボ) | ② | | | | | | | 医療機関名・住所・診療科 名・医師名 | | |
| | ● | | | | ガーダシル水性懸濁筋注・シリンジ | MSD | ① | | | | | | | 施設名・住所・TEL | | |

流通管理品目

○：院外処方の可能性あり ☆：疾患限定
【条件】①MRIによる情報提供 ②調査又は売買契約書（全例調査も含む） ③書類（報告書・確認書等）提出 ④登録（Web登録も含む）（登録医・薬剤師がいる施設）
⑤e-learning受講 ⑥専門医・治療医師 ⑦学会登録 ⑧講習会受講 ⑨認定医 ⑩医療機関連携確認書 ⑪調査協力の同意 ⑫患者持参カード ⑬①～⑫以外の条件あり ⑭備考参照

| 内服 | 注射 | 外用 | 全例調査 | 毎回 | 品名 | メーカー | 施設条件 | | | 医師・薬剤師条件 | | 備考 | 調剤時確認事項 | 医療施設 (卸からの確認事項) | 保険薬局 (卸からの確認事項) | 備考 |
|----|----|----|------|----|-----------------------------|-------------------------------|------|----|---|----------|-----|---|--|-------------------------------|------------------------------------|-------------------------|
| | | | | | | | 医療機関 | 薬局 | | 医師 | 薬剤師 | | | | | |
| ○ | | | ● | | カーバグル分散錠200mg | レコルダティ (エス・ディ・コラボ) | ② | | | | | | | 医療機関名・住所・診療科名・医師名 | 処方元施設名・住所・診療科名・医師名 | 全例調査協力のため |
| | ● | | ● | ● | カヌマ点滴静注液20mg | アレクシオンファーマ (東邦グループ) | ① | ② | | | | 患者登録が必要 患者の同意書 | | | | 専用注文書を卸に送付 |
| ○ | | | ● | | カブレルサ錠100mg | サノフィ (エス・ディ・コラボ) | ② | | | | | | | 医療機関名・医師名・住所・TEL | 処方元施設名・住所・診療科・医師名 | |
| ○ | | | ● | | ガラフォルドカプセル123mg | アミカス・セラピューティクス (エス・ディ・コラボ) | ② | | | | | | | 医療機関名・住所・電話番号・診療科名・医師名 | 処方元施設名・住所・診療科名・医師名 | 全例調査協力のため |
| ○ | | | ● | | カルケンスカプセル・錠100mg | アストラゼナカ (SPLine) | ① | ② | | | | | | 医療機関名・住所・TEL・FAX・処方医師名・MR訪問可否 | 処方元施設名・住所・TEL・FAX・処方医師名・MR訪問可否 | |
| | ● | | ● | | キイトルーダ点滴静注20・100mg | MSD | ① | ② | ⑭ | | | 医療機関事前調査 | | 医療機関名・医師名・住所・TEL | | |
| | ● | | ● | | ギブラーリ皮下注189mg | Alnylam Japan (エス・ディ・コラボ) | ① | ② | | | | | | 医療機関名・住所・電話番号・診療科名・医師名 | | |
| | ● | | | 小児 | ギャバロン髄注0.005%・0.05%・0.2% | 第一三共 | ② | | | | ⑧ | ITB要項認定 | | 処方科名・医師名 | | |
| | ● | | ● | | ギリアデル脳内留置用剤7.7mg | エーザイ | ⑭ | | | | ⑥ | 医療機関：①②⑬ 緊急時に対応 術中迅速病理診断が可能 | | 診療科 | | 厳格な温度管理による品質管理体制を構築するため |
| ○ | | | ● | | クロザリル錠25mg・100mg | ノバルティス | ⑧ | | ⑧ | ④ | ④ | CPMS:クロザリル患者モニタリングサービス | | | 処方元施設名 | |
| | ● | | ● | | ケイセントラ静注用500・1000 | CSLベーリング | ① | | | | | | | 医療機関名・住所・電話番号・医師名・診療科 | | |
| ○ | | | | | コンサータ錠18mg・27mg | ヤンセンファーマ | ④ | ⑪ | | ④ | ⑤ | ⑤ | | 診療科名・医師名 | 処方元施設名・診療科名・医師名 | 卸:ADHD適正流通管理システムへ登録 |
| ○ | | | ● | | サイスタダン原末 | レコルダティ (エス・ディ・コラボ) | ② | | | | | | | 医療機関名・住所・電話番号・診療科名・医師名 | 処方元施設名・診療科名・医師名 | |
| ○ | | | | | サイバインコ錠50mg・100mg・200mg | ファイザー | ① | ② | | | | | | 施設名・住所・TEL・FAX | 処方元医療機関名・住所・処方科・医師名 | |
| | ● | | | | ザイヤフレックス注射用 | 旭化成ファーマ | ① | ⑥ | ⑧ | | ⑥ | | | 施設名・住所・電話番号 | | |
| ○ | | | ● | ● | サチュロ錠100mg | ヤンセンファーマ | ① | | ① | ④ | ④ | サチュロ適格性確認システムサイトへの医師・薬剤師・患者の登録必要 | | 医療機関名・医師名・住所・TEL | 処方医師名 | 卸在庫不可 二次卸への納入不可 |
| ○ | | | ● | | サデルガカプセル100mg | ジェンザイム・ジャパン | | | | | | | | 施設名・住所・電話番号 | 処方元施設名・住所 | |
| | ● | | ● | | サフネロー点滴静注300mg | アストラゼナカ | ② | | | | | | | 施設名・住所・TEL・FAX | | |
| ○ | | | ● | | サブリル散分包500mg | アルフレッサファーマ (エス・エム・ディ) | ⑭ | | ⑭ | ⑭ | ⑭ | 医療機関:①②④⑥ 薬局:①④ 医師:①～⑦⑨⑫⑬ 登録医:①③④⑤⑫⑬ 連携する眼科医の誓約書・Web講習が必要 初回処方時に患者登録済みであること 「サブリル服用患者携帯カード」を交付 服用・継続に関する患者同意書が必要 | Webシステムで確認・登録医療機関・登録医師の登録患者への処方箋であること ・登録眼科医による眼科検査が行われていること。行われていない場合はその理由が記載されていること ・登録処方医による眼科総合評価の確認が適正に行われていること | 登録処方医名(2名) 登録薬剤師名(2名) | 処方元施設名 登録処方医名(2名) 登録薬剤師名(2名) | |
| ○ | | | ☆ | | サムスカOD錠7.5mg・15mg・30mg・顆粒1% | 大塚製薬 | ① | | ① | | | 入院下での投与開始 医師:④(ADPKDのみ) | 入院下での投与開始を確認、検査値等 《ADPKDのみ》 「受講終了医師」の確認 (医師名と登録番号) | | 処方元施設名 | |
| | ● | | | | サムタス点滴静注用8mg・16mg | 大塚製薬 | ① | | | | | | | 医療機関名・住所・電話番号 | 処方元施設名・住所 | |

流通管理品目

○：院外処方の可能性あり ☆：疾患限定
【条件】①MRIによる情報提供 ②調査又は売買契約書（全例調査も含む） ③書類（報告書・確認書等）提出 ④登録（Web登録も含む）（登録医・薬剤師がいる施設）
⑤e-learning受講 ⑥専門医・治療医師 ⑦学会登録 ⑧講習会受講 ⑨認定医 ⑩医療機関連携確認書 ⑪調査協力の同意 ⑫患者持参カード ⑬①～⑫以外の条件あり ⑭備考参照

| 内服 | 注射 | 外用 | 全例調査 | 毎回 | 品名 | メーカー | 施設条件 | | | 医師・薬剤師条件 | | 備考 | 調剤時確認事項 | 医療施設 (卸からの確認事項) | 保険薬局 (卸からの確認事項) | 備考 | |
|----|----|----|------|----|--|-----------------------------------|------|----|---|----------|-----|----|--|-----------------------|------------------------------|--|--|
| | | | | | | | 医療機関 | 薬局 | | 医師 | 薬剤師 | | | | | | |
| ● | | | ● | ● | サレドカプセル25・50・100 | 藤本製薬 | ⑭ | | | | ⑭ | ⑭ | 医療機関：④⑥⑩⑫⑬ 医師：①③④⑥⑩⑬ 薬剤師：①③④⑬ 専用の施設設備 TERMS管理センター 0120-001-468 | 院内調剤のみ 患者から登録カード提示 | | | 譲渡書、譲受書が必要 卸間での譲渡、譲受出来ない |
| ○ | | | ● | | ジェセリ錠40mg | 大鵬薬品 | ① | ② | | | | | | | 施設名・住所・電話番号・診療科名・医師名 | 処方元施設名・診療科名・医師名 | |
| | | | | | ジェルパート | 日本化薬 | ① | | | | | | | | 医師名 | | 医療機器 |
| | ● | | | ● | ジオン注生食液付・無痛化剤付 | ジェイドルフ | ⑧ | | | | ⑧ | | | | 使用医師名 | | |
| | ● | | ● | | シグニフォーLAR筋注用キット20mg・40mg・60mg | レコルダティ (エス・ディ・コラボ) | ⑭ | | | | ⑭ | ⑭ | 医療機関・医師：①②③④ ⑪ 薬剤師：①②⑪ EDCシステムによる全例登録が必要 先端巨大症が難病指定疾患のため、新規認定には難病指定医の診断が必要 | | 医療機関名・住所・電話番号・診療科名・医師名 | | 2～8℃で保存 全例調査への協力 |
| ○ | | | ● | | ジセラカ錠100mg・200mg | ギリアド・サイエンシズ ーエーザイ | ① | ⑥ | ⑦ | | ⑭ | | MTX及び生物学的製剤、JAK阻害薬を日常的に使用している医師 | | 医療機関名・住所・電話番号 | 施設名・住所・処方箋交付 医療機関名・電話番号 | |
| | ○ | | | | シムジア皮下注200mg シリンジ・オートクリックス | UCB | | | | | | | | | 得意先名・住所・電話番号 | 得意先名・住所・電話番号・ 処方元情報 | 2～8℃で保存 |
| ○ | | | | | ジャイパーカ錠50mg・100mg | 日本イーライリリー -日本新薬 (エス・ディ・コラボ) | ② | | | | | | | | 医療機関名・住所・電話番号・診療科名・医師名 | 処方元医療機関名・処方元住所・ 処方元電話番号・処方元診療科・処方元医師名 | |
| | ● | | | | シルガード9水性懸濁筋注シリンジ | MSD | ① | | | | | | | | 施設名・住所・TEL | | |
| | ○ | | ● | ● | ジルビスク皮下注16.6mg・23.0mg・32.4mgシリンジ | UCB (エス・ディ・コラボ) | ① | ② | ⑥ | | | | | | 医療機関名・住所・電話番号・診療科名・医師名・患者コード | 処方元医療機関名・住所・診療科名・医師名(フルネーム)・患者コード | 患者コードは、副作用発現防止のためのフクテン接種有無を「患者コード」で管理しているため、必須 |
| | ○ | | | 薬 | シンボニー皮下注50mgシリンジ・オートインジェクター | ヤンセンファーマー-田辺ファーマ | ① | ③ | | | | | GPSPの実施 | | | 処方元施設名 | |
| | ● | | ● | ● | ストレンジック皮下注12・18・28・40・80mg | アレクシオンファーマ (東邦グループ) | ① | ② | | | | | 患者登録が必要 患者の同意書 | | | | 専用注文書を卸に送付 |
| | ● | | ● | | スピラザ髄注12mg | バイオジェン・ジャパン (エス・エム・ディ) | ① | ⑥ | ⑫ | | ⑥ | | 患者登録が必要 患者の同意書 遺伝子検査が必要 | | 特殊配送の覚書締結 | | 2～8℃温度管理 受注連絡票によるFAX受注(卸へ) |
| ○ | | | ● | | スマイラフ錠50・100mg | アステラス | ① | ② | | | | | | | 施設名・住所・電話番号 | 処方元施設名・住所 | |
| | ● | | | | ゼオマイン筋注用50・100・200単位 | 帝人ファーマ | ① | | | | ⑭ | | 医師：④⑧ 患者登録が必要(患者の同意) 廃棄の記録保管 | | 医療機関名、住所、TEL、医師名 | | -25℃以下保管 受注発注品 |
| | ○ | | | | ゼップパウンド皮下注 2.5mg・5mg・7.5mg・10mg・12.5mg・15mg アテオス | 日本イーライリリー -田辺ファーマ | ① | ⑥ | ⑦ | | ⑭ | | 医師：⑥⑦⑬ 医師免許取得後2年後、施設要件の診療科に5年以上経験あり | | 施設名・住所・電話番号 | 【必須】処方元施設名・住所 電話番号(任意) | |
| | ● | | | | ゼプリオンTRI水懸筋注175mg・263mg・350mg・525mgシリンジ | ヤンセンファーマ | ① | | | | | | | | 施設名・住所・電話番号 | | |
| ○ | | | ● | | セムブリックス錠20mg・40mg | ノバルティス | ⑭ | | | | | | 【施設条件 医療機関】①②③④ | | | 処方元施設名・処方元施設住所 | |

流通管理品目

○：院外処方の可能性あり ☆：疾患限定
【条件】①IMRによる情報提供 ②調査又は売買契約書（全例調査も含む） ③書類（報告書・確認書等）提出 ④登録（Web登録も含む）（登録医・薬剤師がいる施設）
⑤e-learning受講 ⑥専門医・治療医師 ⑦学会登録 ⑧講習会受講 ⑨認定医 ⑩医療機関連携確認書 ⑪調査協力の同意 ⑫患者持参カード ⑬①～⑫以外の条件あり ⑭備考参照

| 内服 | 注射 | 外用 | 全例調査 | 毎回 | 品名 | メーカー | 施設条件 | | | 医師・薬剤師条件 | | 備考 | 調剤時確認事項 | 医療施設 (卸からの確認事項) | 保険薬局 (卸からの確認事項) | 備考 |
|----|----|----|------|----|--|--------------------------|------|----|---|----------|-----|--|-------------------------|----------------------------|------------------------------|-------------------------|
| | | | | | | | 医療機関 | 薬局 | | 医師 | 薬剤師 | | | | | |
| ○ | | | ● | | ゼルボラフ錠240mg | 中外製薬 | ⑭ | | | ⑭ | | 皮膚悪性腫瘍学会所属医師または皮膚悪性腫瘍指導専門医が在籍する施設等。詳細はメーカーへ確認必要 | | 施設名・住所・電話番号 | 処方元施設 | |
| | | | | | セレスキュー | 日本化薬 (アステラス品は限定なし) | ① | | | | | | | 医療機関名・使用医師名 | | 医療機器 |
| ○ | | | ● | | ゾキンヴィカプセル50mg・75mg | アンジェス (エス・ディ・コラボ) | ② | | | | | | | 施設名・住所・電話番号・診療科名・医師名 | 処方元施設名・処方元施設住所・処方元診療科・処方元医師名 | |
| | ● | | ● | ● | ソリリス点滴静注300mg | アレクシオンファーマ (東邦グループ) | ① | ② | | | | 患者登録が必要 患者の同意書 患者のワクチン接種が必要 | | | | 専用注文書を卸に送付 |
| | ● | | ● | ● | タイサブリ点滴静注300mg | バイオジェン・ジャパン | ⑭ | | | ⑭ | | 医療機関:①③④⑤⑥⑪ 医師:①③④⑤⑥ | | 医師名 | | 研究など通常診療以外の場合 使用目的記載 |
| | ● | | ● | | タクザイロ皮下注300mgシリンジ | 武田薬品 (SPLine) | ① | ② | | | | | | 医療機関名・住所・TEL・使用診療科・処方医師名 | | |
| ○ | | | | | タグリッソ錠40mg・80mg | アストラゼネカ | ① | ② | ④ | | ④ | | | 医療機関名・住所・TEL・FAX | 処方元施設・処方元住所・処方医師名(フルネーム) | 研究目的の場合は人体使用の有無 |
| ○ | | | ● | | タフィンラーカプセル50mg・75mg | ノバルティス (エス・エム・ディ) | ⑭ | | | | ⑭ | 医療機関:①②④⑥ 医師:①②③④⑥⑪ | | | 処方元施設名 | |
| ○ | | | | | タブネオスカプセル10mg | キッセイ薬品 (エス・エム・ディ) | | | | | | | | 担当医師名・診療科 | 処方元施設名・処方診療科・処方元施設所在地・処方医師名 | |
| ○ | | | ● | | タブレクタ錠150mg・200mg | ノバルティス (エス・ディ・コラボ) | ① | ② | | | | 患者登録が必要 | | 施設名・住所・電話番号・使用診療科(任意) | 処方元施設名・住所・処方元診療科名(任意) | |
| | ● | | ● | | ダラザレックス点滴静注100mg・400mg | ヤンセンファーマ | ① | ⑥ | ⑪ | ⑫ | | | | 施設名・住所・電話番号 | | 二次店の場合処方元医療施設名・住所 |
| | ● | | ● | | ダルビアス点滴静注用135mg | 日本化薬 (エス・ディ・コラボ) | ② | | | | | | | 医療機関名・住所・TEL・診療科・医師名 | | |
| ○ | | | | | チガソнкаプセル10・25 | 太陽ファルマ | ① | ⑫ | | ① | ⑥ | 医師条件を理由に納品を断ることはないが、基本的に皮膚・口腔疾患の専門医が使用薬:同意書の確認と桃色用紙の説明 | 患者持参カード | 医療機関名 | (処方元施設名・分かれば) | |
| | | | | | ディーシービーズ 100~300μm粒・300~500μm粒・500~700μm粒 | エーザイ | ① | ⑬ | | | ⑧ | 緊急時に対応 講習会受講医師が施設に所属することが条件 | | | | 医療機器 |
| ○ | | | | | ティブソ錠250mg | 日本セルヴィエ (エス・ディ・コラボ) | ① | ② | | | | | | 施設名・住所・電話番号・診療科名・医師名 | 処方元施設名・処方元施設住所・処方元診療科・処方元医師名 | |
| | ● | | | | テクベイリ皮下注30mg・153mg | ヤンセンファーマ | ① | ② | ⑬ | | ⑥ | サイトカイン放出症候群(CRS)等が発生した際に緊急対応可能 | | 医療機関名・統合顧客コード(不明可)・住所・電話番号 | | |
| | ● | | ● | | テセントリク点滴静注1200mg | 中外製薬 | ① | | | | | 施設要件、医師条件あり | | 施設名・住所・電話番号 | | |
| | ● | | | | テブダック点滴静注用40mg | ジェンマブ (エス・ディ・コラボ) | ② | | | | | | | 医療機関名・住所・TEL・診療科・医師名 | | |
| ○ | | | ● | | テブミトコ錠250mg | メルクバイオファーマ (エス・エム・ディ) | ⑭ | | ⑭ | ⑦ | | 【施設条件 医療機関】 ①②③⑪⑫ 【施設条件 薬局】①⑫ | 患者持参の治療確認カードで担当医等の情報を確認 | 診療科・担当医師名 | 処方元施設名・処方診療科・処方元施設所在地・処方医師名 | |
| ○ | | | ● | | デムサーカプセル250mg | 小野 | ⑥ | | | | | 対象患者が居る | | 医療機関名・住所 | 処方元施設名 | 100Cap/バラ包装のみ |

流通管理品目

○：院外処方の可能性あり ☆：疾患限定
【条件】①IMRによる情報提供 ②調査又は売買契約書（全例調査も含む） ③書類（報告書・確認書等）提出 ④登録（Web登録も含む）（登録医・薬剤師がいる施設）
⑤e-learning受講 ⑥専門医・治療医師 ⑦学会登録 ⑧講習会受講 ⑨認定医 ⑩医療機関連携確認書 ⑪調査協力の同意 ⑫患者持参カード ⑬①～⑫以外の条件あり ⑭備考参照

| 内服 | 注射 | 外用 | 全例調査 | 毎回 | 品名 | メーカー | 施設条件 | | | 医師・薬剤師条件 | | 備考 | 調剤時確認事項 | 医療施設 (卸からの確認事項) | 保険薬局 (卸からの確認事項) | 備考 | |
|----|----|----|------|----|--|---|------|----|---|----------|-----|--|---|------------------------|------------------------------|------------------|----------------------------------|
| | | | | | | | 医療機関 | 薬局 | | 医師 | 薬剤師 | | | | | | |
| ○ | | | ● | | デュオドーパ配合経腸用液 | アッヴィ (エス・エム・ディ) | ⑭ | | ① | ⑭ | ① | 医療機関:①②③⑬ 医師:①②④⑤⑥⑧⑪ 全例検査契約 薬剤投与用のポンプレントル基本契約の締結 消化器内視鏡医が常勤又は連携可能であること 【研修】 医師:e-learning主体(胃瘻造設医は一部対面研修含む) 看護師:5～6時間の対面研修含む 薬剤師:必須ではないが受けることを推奨 | | | 処方元施設名 | 2～8℃温度管理 返品不可 | |
| ○ | | | ● | | デルティバ錠50mg | 大塚製薬 | ⑭ | | ① | ④ | ④ | 医療機関:①②④⑫ 適格性確認システムによる登録が必要 | 患者持参カード | | | | 吸湿性(PTPのまま保存) |
| | ● | | ● | | トリセノックス注10mg | 日本新薬 | ① | ⑪ | | | | | | 医療機関名・住所・電話番号 | | | |
| | ● | | ● | | トリセノックス点滴静注12mg | 日本新薬 | ① | ⑪ | | | | | | 医療機関名・住所・電話番号 | | | トリセノックス注10mg(アンプル)登録先でも、新たに確認が必要 |
| ○ | | | | | トルカブ錠160mg・200mg | アストラゼネカ (エス・ディ・コロボ) | ② | | | | | | | 施設名・住所・電話番号・診療科名・医師名 | 処方元施設名・処方元施設住所・処方元診療科・処方元医師名 | | |
| | ● | | ● | ● | ナーブロック筋注用2500単位 | エーザイ | ⑭ | | | ⑧ | | 医療機関:①②⑬ 緊急時に対応 講習会受講医師が施設に所属することが条件 | | 診療科名・医師名 | | | 卸在庫不可 |
| ○ | | | ● | | ニンラーロカプセル2.3・3・4mg | 武田薬品 | ① | ② | | | | | | 施設名・住所・電話番号 | 処方元施設名・処方元住所 | | |
| | ○ | | | | ヌーイック静注用250・500・1000・2000・2500・3000・4000 | 藤本製薬 (エス・ディ・コロボ) | ② | | ② | | | | | 施設名・住所・電話番号・使用診療科名・医師名 | 処方元施設名・住所・診療科名・医師名 | | |
| ○ | | | ☆ | | ネクサバール錠200mg | バイエル | ① | ② | ③ | | | | ネクサバールハンドブックダイアリーにて医師が患者に説明していることの確認を行う | | 処方元施設名・医師名または診療科 | | |
| | ● | | ● | | ノーモサング点滴静注250mg | オーファンパシフィック (メディバールグループ) | ② | | | | | | | 施設名・住所・医師名 | | | |
| | | ○ | | | ノルスバンテープ5mg・10mg・20mg | ムンディファーマ | ④ | ⑬ | ④ | ⑭ | ⑭ | 医師:④⑤⑬ 薬剤師:④⑬ 6か月間購入実績が無い場合は、再度手続きが必要。 流通管理窓口 0120-086808 | 確認用WEBサイト及び流通管理窓口で登録医を確認 | | | | |
| ○ | | | | | ハイイータン錠50mg | 大鵬薬品 | | | | | | | | 施設名・住所・電話番号・診療科名・医師名 | 処方元施設名・診療科名・医師名 | | |
| | ● | | ● | | パドセブ点滴静注用100mg | アステラス (エス・ディ・コロボ) | ② | | | | | | | 施設名・住所・電話番号・診療科名・医師名 | | | 全例調査への協力 |
| | ● | | | | バビースモ硝子体内注射液120mg/mL | 中外製薬 (エス・エム・ディ) | | | | | | | | 処方医師名 | | | 2～8℃保存 |
| | ● | | ● | | パベンチオ点滴静注200mg | メルクバイオファーマ | ② | ⑬ | | | | 適性使用推進ガイドライン参照 | | 施設名・住所・電話番号 | | | |
| | ● | | ● | | パリンジック皮下注2.5mg・10mg・20mg | BioMarin Pharmaceutical Japan (エス・ディ・コロボ) | ② | | | | | | | 施設名・住所・電話番号・診療科名・医師名 | | | |

流通管理品目

○：院外処方の可能性あり ☆：疾患限定
【条件】①MRIによる情報提供 ②調査又は売買契約書（全例調査も含む） ③書類（報告書・確認書等）提出 ④登録（Web登録も含む）（登録医・薬剤師がいる施設）
⑤e-learning受講 ⑥専門医・治療医師 ⑦学会登録 ⑧講習会受講 ⑨認定医 ⑩医療機関連携確認書 ⑪調査協力の同意 ⑫患者持参カード ⑬①～⑫以外の条件あり ⑭備考参照

| 内服 | 注射 | 外用 | 全例調査 | 毎回 | 品名 | メーカー | 施設条件 | | | 医師・薬剤師条件 | | 備考 | 調剤時確認事項 | 医療施設 (卸からの確認事項) | 保険薬局 (卸からの確認事項) | 備考 |
|----|----|----|------|----|--------------------|----------------------------|------|----|---|----------|-----|---|------------------------|----------------------------|-------------------------|----------------------------------|
| | | | | | | | 医療機関 | 薬局 | | 医師 | 薬剤師 | | | | | |
| | ● | | ● | | ピアスカイ注340mg | 中外製薬 (SPLine) | ② | | | | | | | 施設名・住所・TEL | | 2～8℃保存 |
| | ● | | ● | | ビキセオス配合静注用 | 日本新薬 (エス・ディ・コラボ) | ② | | | | | | | 施設名・住所・電話番号・診療科名・医師名 | | |
| | | | | | ヒストアクリル(塞栓用) | ビー・ブラウン | ⑦ | | | ⑥ | | 緊急時対応 医：内視鏡治療の経験有 | | 医療機関名・住所 施設要件・術者条件を確認 | | 医療機器 |
| ○ | | | | ● | ビバンセカプセル20mg・30mg | 塩野義製薬 | ⑭ | | ⑭ | ⑭ | ⑭ | 医療機関：③④ 医師の所属施設として登録 薬局：③④ 薬剤師の所属施設として登録 医師：③④⑤⑬ 医師登録基準あり 薬剤師：③④⑤⑫ 患者登録/処方内容登録あり | 登録薬剤師向けe-Leaning 参照 | 施設名・住所・電話番号 | 施設名・住所・電話番号 | 患者カード 卸：ADHD適正流通 管理システムへ登録 |
| | ○ | | ● | | ビプリブ点滴静注用400単位 | 武田薬品 (エス・エム・ディ) | ② | | | | | | | 施設名・住所・電話番号・診療科名 | | 卸在庫なし |
| | ○ | | ● | | ヒムペジ皮下注150mgペン | ファイザー (SPLine) | ① | ② | ⑬ | | | | | 詳細は別途確認 | 詳細は別途確認 | 2～8℃で保存 |
| ○ | | | ● | | ビラフトピカプセル50mg・75mg | 小野 | ① | ② | ⑥ | ① | ⑥ | ・がん診療連携病院等であること ・悪性黒色腫の療等の知識・経験を有するものが配置されていること | | 医療機関名・住所 | 処方元施設名・住所 | ビラフトピカプセル50mg・75mg/メクトビ錠15mg併用 |
| | ● | | ● | | ビルテブソ点滴静注250mg | 日本新薬 (エス・エム・ディ) | ⑭ | | | | | 【施設条件】①②③⑥⑪⑬ | | 施設名・診療科・担当医師名・投与開始予定日・投与本数 | | 2～8℃で保存 |
| | ● | | | | ピロイ点滴静注用100mg | アステラス (エス・ディ・コラボ) | ② | | | | | | | 施設名・住所・電話番号・診療科名・医師名・納品予定日 | | |
| ○ | | | ● | | ファビハルタカプセル200mg | ノバルティス | ① | | | | | | | 施設名・住所・電話番号・納品予定日 | 処方元施設名・住所 | |
| | ○ | | ● | 薬 | フィラジル皮下注30mgシリンジ | 武田薬品 (SPLine) | ② | | | | | | | 施設名・住所・診療科名・医師名 | 処方元施設名・住所・診療科・医師名 | 自己注可 2～25℃保管 |
| ○ | | | ● | | ブフェニール錠500mg、顆粒94% | オーファンパシフィック (メディバルグループ) | | | | | | | | 施設名・住所・電話番号 | 処方元施設名・医師名 | |
| | ● | | ● | | プリズバインド静注液2.5g | 日本ベーリンガー (SPLine) | ① | ② | | | | | | 施設名・住所・TEL | | 温度管理2～8℃ |
| ○ | | | | | ブルキンザカプセル80mg | ベジーン (エス・ディ・コラボ) | ② | | | | | | | 医療機関名・住所・電話番号・診療科名・医師名 | 処方元施設名・住所・電話番号・診療科名・医師名 | |
| | | ○ | ● | | ブルモザイム吸入液2.5mg | 中外製薬 (エス・ディ・コラボ) | ② | | | ② | | | | 診療科名・医師名 | 処方元施設名・診療科名 | 保冷品のため返品不可 適正使用促進の協力 |
| ○ | | | ● | | ブレーザベスカプセル100mg | ヤンセンファーマ | ② | | | | | | | 施設名・診療科名・医師名 | 処方元施設名(診療科名・医師名) | |
| | | ● | | | プレグランディン腔坐剤1mg | 小野 | ③ | ④ | | ⑨ | | 母体保護法指定医師 | | | | 麻薬に準ずる取扱い |
| | | ● | | | プロウベス腔用剤10mg | フェリング・ファーマ=富士製薬(エス・エム・ディ) | ① | ⑥ | ⑬ | | ⑭ | 【医師要件】 ⑦学会登録 ⑬①～⑫以外の条件あり 【その他】 分娩監視者の要件有り | | | | 腔内留置用製剤 -20℃以下で保存 |
| | ● | | | | プロボフォール注「マルイシ」 | 丸石製薬 | | | | | | 動物病院納入不可 | | 診療科名・医師名 | | |
| ○ | | | | | ベサノイドカプセル10mg | 富士製薬工業 | ① | | | ① | ⑥ | | | 医療機関名 | (処方元施設名・分かれば) | |

流通管理品目

○：院外処方の可能性あり ☆：疾患限定
【条件】①MRIによる情報提供 ②調査又は売買契約書（全例調査も含む） ③書類（報告書・確認書等）提出 ④登録（Web登録も含む）（登録医・薬剤師がいる施設）
⑤e-learning受講 ⑥専門医・治療医師 ⑦学会登録 ⑧講習会受講 ⑨認定医 ⑩医療機関連携確認書 ⑪調査協力の同意 ⑫患者持参カード ⑬①～⑫以外の条件あり ⑭備考参照

| 内服 | 注射 | 外用 | 全例調査 | 毎回 | 品名 | メーカー | 施設条件 | | | 医師・薬剤師条件 | | 備考 | 調剤時確認事項 | 医療施設 (卸からの確認事項) | 保険薬局 (卸からの確認事項) | 備考 |
|----|----|----|------|----|-------------------------------------|-----------------------------------|------|----|---|----------|-----|--|----------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|--|
| | | | | | | | 医療機関 | 薬局 | | 医師 | 薬剤師 | | | | | |
| | ● | | | | ベスレミ皮下注250・500μgシリンジ | ファーマエッセンシア ジャパン (エス・ディ・コロボ) | ② | | | | | | | 医療機関名・住所・電話番号・使用診療科名・医師名 | | |
| | ● | | ● | | ベネフィクス静注用500・1000・2000・3000 | ファイザー | ① | | ① | | | | | 医師名 | 処方元施設名・医師名 | |
| | | | | | ヘバスフィア50-100μm・100-150μm・150-200μm | 日本化薬 | ① | | | | | | | 診療科名・医師名 | | 医療機器 |
| ● | | | ● | | ペマジール錠4.5mg | インサイト (エス・ディ・コロボ) | ① | ② | | | | | | 医療機関名、使用診療科、 医師名 | 薬局名、処方元医療機関 名、処方元住所、診療科、 医師名 | 全例調査協力のため |
| | ○ | | ● | | ヘムライブラ皮下注30mg・60mg・90mg・105mg・150mg | 中外 (エス・ディ・コロボ) | ② | | | | | | | 施設名・住所・電話番号・診 療科・医師名(任意) | 処方元施設名・住所・診療 科 | |
| | ● | | | | ベルケイド注射用3mg | ヤンセンファーマ | ① | ⑥ | | | | 医療機関に専門医が1人居 れば可 | | | | |
| | ● | | | | ヘルニコア椎間板注用1.25単位 | 科研製薬 (エス・エム・ディ) | ① | ⑬ | ⑭ | | ⑭ | 【医師要件】有り 【施設要件】有り | | 施設名・住所・電話番号 | | 2～8℃温度管理 返品不可 |
| | ○ | | ● | | ボックスゾゴ皮下注用0.4mg・0.56mg・1.2mg | バイオマリン (エス・ディ・コロボ) | ② | | | | | 無償添付品(自己注用イン ジェクションセット) | | 施設名・住所・電話番号・診 療科名・医師名 | 処方元医療機関名・住所・ 電話番号・診療科名・医師 名 | |
| | ● | | ● | | ボトックス注用50単位・100単位 | グラクソスミスクライン | ① | | | | ⑧ | | | 施設名・住所・電話番号・診 療科名・医師名 | | |
| | ● | | | ● | ボトックスビスタ注用50単位 | アラガンジャパン | | | | | ⑧ | アラガンジャパン カスタマーセンター 0120-404-100 | | 施設名・住所・電話番号・診 療科名・医師名 | | |
| ● | | | ● | | ポマリストカプセル1mg・2mg・3mg・4mg | ブリストル | ① | ② | | | ⑬ | ⑬ 院内調剤のみ レブメイトセンター 0120-071-025 患者登録が必要 | | | | |
| | ● | | | | ボムビリティ点滴静注用105mg | アミカス・セラピューティクス (エス・ディ・コロボ) | ① | ② | | | | ボムビリティ投与前にオブ フォルダの投与が必須 両方の注文を確認 | | 得意先名・住所・電話番号・ 診療科名・医師名 | | |
| | ● | | ● | | ポライビー点滴静注用30mg・140mg | 中外製薬 (エス・エム・ディ) | ② | | | | | | | 施設名・住所・電話番号・診 療科(任意)・処方医師名 (任意) | | 2～8℃で保存 |
| | ● | | | | ボルテゾミブ注射用2mg「トローワ」 | 東和薬品 | ① | | | | | | | 医療機関名・住所・電話番 号・診療科名 | | |
| | ● | | ● | | マイロターグ点滴静注用5mg | ファイザー | ① | ④ | ⑦ | | | 血液学会。脳腫瘍学会 | | 医師名 | | |
| ○ | | | ● | | メキシスト錠0.5mg・2mg | ノバルティス (エス・エム・ディ) | ⑭ | | | | ⑭ | 医療機関:①②④⑥ 医師:①②③④⑥⑪ | | | 処方元施設名 | 2～8℃で保存 保冷バッグ配布 |
| ○ | | | ● | | メクトビ錠15mg | 小野 | ① | ② | ⑥ | ① | ⑥ | ・がん診療連携病院等であ ること ・悪性黒色腫の療 等の知識・経験を有するも のが配置されていること | | 医療機関名・住所 | 処方元施設名・住所 | ピラフトピカプセル50 mg・75mg/メクトビ 錠15mg併用 |
| | ● | | ● | | メグルダーゼ静注用1000 | 大原薬品(SPLine) | ① | ② | ⑬ | | | 事前説明にて詳細案内 | | 医療機関名・住所・電話番 号・使用診療科・処方医師 | | 2～8℃で保存 |
| ○ | | | ● | | メサペイン錠5mg・10mg | 帝国製薬＝テルモ ＝塩野義 | ① | ④ | ⑤ | ④ | ⑭ | ⑭ 医師:④⑤⑥⑧⑬ 薬剤師:④⑤⑬ 流通管理窓口 0120-030642 | メサペイン適正使用情報 サイトで処方可能医師の 確認 | | | 麻薬 |
| ○ | | | ● | ● | メーゼント錠0.25mg・2mg | ノバルティス (SPLine) | ① | ② | | | | | | 医療機関名・住所・TEL・FAX | 処方元施設・処方元住所 | |

流通管理品目

○：院外処方の可能性あり ☆：疾患限定
【条件】①IMRによる情報提供 ②調査又は売買契約書（全例調査も含む） ③書類（報告書・確認書等）提出 ④登録（Web登録も含む）（登録医・薬剤師がいる施設）
⑤e-learning受講 ⑥専門医・治療医師 ⑦学会登録 ⑧講習会受講 ⑨認定医 ⑩医療機関連携確認書 ⑪調査協力の同意 ⑫患者持参カード ⑬①～⑫以外の条件あり ⑭備考参照

| 内服 | 注射 | 外用 | 全例調査 | 毎回 | 品名 | メーカー | 施設条件 | | | 医師・薬剤師条件 | | 備考 | 調剤時確認事項 | 医療施設 (卸からの確認事項) | 保険薬局 (卸からの確認事項) | 備考 | |
|----|----|----|------|----|---------------------------|--------------------------|------|----|---|----------|-----|----|---|--------------------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------|
| | | | | | | | 医療機関 | 薬局 | | 医師 | 薬剤師 | | | | | | |
| | ● | | ● | | メプセヴィ点滴静注液10mg | ウルトラジェニクス (エス・ディ・コラボ) | ② | | | | | | | 医療機関名・住所・TEL・診療科・医師名 | | | |
| ○ | | | | | モディオダール錠100mg | アルフレッサファーマ＝ 田辺ファーマ | ① | ④ | | ④ | ④ | ④ | 医師：⑥⑦ モデンダール適正使用委員会(第三者委員会) 登録センター Web登録が必要(医療機関(薬局を含む)、医師(確定診断医師)、薬剤師(調剤責任者)) | 登録センターで登録医療機関及び医師を確認 | 医療機関名・処方医師名・薬剤師名 | 薬局名、薬剤師名、処方元施設名・処方医師名 | |
| ○ | | | ● | | ヤーボイ点滴静注液50mg | プリストル | ① | ⑥ | ⑦ | | ⑥ | | | | 施設名称・住所・電話番号・使用目的 | | |
| | ● | | | | ユニタルク胸膜腔内注入用懸濁剤4g | ノーベルファーマ (メディバルグループ) | ① | | | | | | | | 医療機関名・住所・電話番号 | | |
| | ● | | ● | ● | ユニツキシ点滴静注17.5mg/5mL | 大原薬品(SPLine) | ① | ② | ⑬ | | | | 流通取引承諾書締結 他 | | 医療機関名・住所・電話番号 他 | | 2～8℃での保存 |
| | ● | | ● | | ユブリズナ点滴静注100mg | 田辺ファーマ (エス・ディ・コラボ) | ① | ② | | | | | | | 医療機関名、住所、TEL、診療科名、医師名 | | |
| | ● | | ● | ● | ユルトミス点滴静注300mg | アレクシオンファーマ (東邦グループ) | ① | ② | | | | | 患者登録が必要 患者の同意書 患者のワクチン接種が必要 | | | | 専用注文書を卸に送付 |
| | | ● | ● | | ラパリムスゲル0.2% | ノーベルファーマ (メディバルグループ) | ① | ② | | | | | | | 施設名・住所・TEL | 処方元施設名・住所・TEL | 2～8℃での保存 |
| ○ | | | ● | | ラパリムス錠1mg | ノーベルファーマ (メディバルグループ) | ① | ② | ⑤ | | | | | 患者持参カード | 医療機関名・医師名 | | |
| | | | | | ラミラネブライザシステム | インスメッド (エス・ディ・コラボ) | ② | | | ② | | | | | 施設名・住所・電話番号・使用診療科名・医師名 | 処方元施設名・住所・診療科名・医師名 | 「アリケイス吸入液」の専用ネブライザ |
| | | ● | | | リグロス歯科用液キット600μg/1200μg | 科研製薬 (エス・エム・ディ) | ① | | | ① | ⑭ | ① | 歯科医師：①⑤ e-learningは2017年4月に開設予定 | | 歯科医師名 | | 2～8℃での保存 |
| | | ○ | | | リジュセアミニ点眼液0.025% | 参天 | ① | | | | | | | メーカーが説明済の医療機関とメーカー内で紐付けている薬局へ販売 | 得意先名・住所・電話番号・FAX(任意)・診療科 | 処方元施設名・住所・診療科 | |
| | ● | | ● | | リストイーゴ皮下注280mg | UCB (エス・ディ・コラボ) | ① | ② | | | | | 専用附属品あり ニプロSQWニードル(20本) ツートック(採液針)(40本) | | 医療機関名、住所、TEL、診療科名、医師名 | | |
| ○ | | | | | リタリン散1%、錠10mg | ノバルティス | ④ | | | | ⑤ | ⑤ | | 登録手続きの受付：毎月15日、月末の2回のみ登録医を確認(Web上で可) | | | リタリン流通委員会 |
| ○ | | | ● | | リトゴビ錠4mg | 大鵬薬品 | ① | ② | | | | | | | 施設名・住所・電話番号・診療科名・医師名 | 処方元施設名・診療科名・医師名 | |
| ○ | | | ● | | リブテンシティ錠200mg | 武田薬品 | ① | ② | | | | | | | 得意先名・住所・TEL・使用診療科・処方医師名 | 処方元施設名・住所 | |
| ● | ● | | ● | | レスピア静注・経口液60mg | ノーベルファーマ (メディバルグループ) | ① | ② | | | | | | | 施設名・住所・電話番号 | | |
| ● | | | | | レナリドミドカプセル2.5mg・5mg「BMSH」 | プリストル | ① | ② | | | ⑬ | ⑬ | 院内調剤のみ レブメイトセンター 0120-071-025 患者登録が必要 | | 施設名・住所・電話番号 | 納品不可 | |
| ● | | | | | レナリドミドカプセル2.5mg・5mg「サワイ」 | 沢井製薬 | ① | ② | | | ⑬ | ⑬ | 院内調剤のみ レブメイトセンター 0120-071-025 患者登録が必要 | | 施設名・住所・電話番号・FAX番号 | 納品不可 | |

流通管理品目

○：院外処方の可能性あり ☆：疾患限定
【条件】①MPRによる情報提供 ②調査又は売買契約書（全例調査も含む） ③書類（報告書・確認書等）提出 ④登録（Web登録も含む）（登録医・薬剤師がいる施設）
⑤e-learning受講 ⑥専門医・治療医師 ⑦学会登録 ⑧講習会受講 ⑨認定医 ⑩医療機関連携確認書 ⑪調査協力の同意 ⑫患者持参カード ⑬①～⑫以外の条件あり ⑭備考参照

| 内服 | 注射 | 外用 | 全例調査 | 毎回 | 品 名 | メーカー | 施設条件 | | | 医師・薬剤師条件 | | 備考 | 調剤時確認事項 | 医療施設 (卸からの確認事項) | 保険薬局 (卸からの確認事項) | 備考 | |
|----|----|----|------|----|------------------------|--------------------|------|----|--|----------|-----|----|--|--------------------|--------------------|--------------------|--|
| | | | | | | | 医療機関 | 薬局 | | 医師 | 薬剤師 | | | | | | |
| ● | | | | | レナリドミドカプセル2.5mg・5mg「F」 | 富士製薬工業 | ① | ② | | | ⑬ | ⑬ | 院内調剤のみ レプメイトセンター 0120-071-025 患者登録が必要 | | 施設名・住所・電話番号・FAX番号 | 納品不可 | |
| ● | | | ● | | レブラミドカプセル5mg | ブリストル | ① | ② | | | ⑬ | ⑬ | 院内調剤のみ レプメイトセンター 0120-071-025 患者登録が必要 | | 施設名・住所・電話番号・FAX番号 | 納品不可 | |
| | | ○ | ● | | レベスティブ皮下注用3. 8mg | 武田薬品 | ① | ② | | | | | | | 得意先名・住所・電話・診療科・医師名 | 処方元医療機関・住所・診療科・医師名 | |
| | | ● | | | レミケード点滴静注用100 | 田辺ファーマ | ① | ③ | | | ⑬ | | | | 得意先名・住所・電話番号 | | |
| ○ | | | ● | | ロズリートレクカプセル100mg・200mg | 中外製薬 (エス・エム・ディ) | ① | ② | | ① | ⑥ | | | | 施設名・住所・電話番号・FAX番号 | 処方元施設名・住所 | |