

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。

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・治験医師 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					
○			●		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	フレマネスマブ(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処方に対するの流通管理
	●		●		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		
●					イストリサ錠1mg・5mg	レコルダティ・レア・ディ ジーズ・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	
●					イブプロジェンカプセル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		治験医				
			☆		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】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	
	●		●	●	エブキーザ点滴静注液345mg	Ultragenyx Japan (エス・ディ・コロポ)				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			
○					エクテリー錠300mg	科研製薬 (エス・ディ・コロポ)				②				納品予定日・得意先名・住所・電話番号・使用診療科・処方医師	納品予定日・得意先名・住所・電話番号・処方元(医療機関名・住所・TEL)		
○					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			専用の錠錠設備		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	
	●		●		エプキンリ皮下注4mg・48mg	ジェンマブ (エス・ディ・コロポ)	②						無償添付品(製剤調製用スデリバイアル)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・コロポ)	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	
	○			●	エムパベリ皮下注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・コロポ)	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】①③⑪	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・コロポ)	②							医療機関名・住所・電話番号・使用目的診療科名・医師名		適正使用促進の協力	
	●		●		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・コロポ)	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	アマリス・セラピューティクス (エス・ディ・コロポ)	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	オーファンパンフィック=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・コロポ)	①							得意先名・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 ⑬⑭⑮以外の条件あり ⑯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						
	●		●		オンパット口点滴静注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		
○			●		カーバグル分散錠200mg	レコルダティ (エス・ディ・コロボ)	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
○			●		カブレラ錠100mg	サノフィ (エス・ディ・コロボ)	②							医療機関名・医師名・住所・TEL	処方元施設名・住所・診療科名・医師名	
○			●		ガラフォルドカプセル123mg	アマリス・セラピューティクス (エス・ディ・コロボ)	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	アストラゼネカ (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・コロボ)	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・コロボ)	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	
	●		●		サフネロ点滴静注300mg	アストラゼネカ	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 薬局：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	

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	
●			●	●	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		
	●		●		シグニフォールAR筋注用キット20mg・40mg・60mg	レコルダティ (エス・ディ・コロポ)	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
○			●		ジセレカ錠100mg・200mg	ギリアド・サイエンシーズ -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	
	●				ジニイズ点滴静注500mg	インサイト (エス・ディ・コロポ)	②							納品予定日・得意先名・住所・電話番号・使用診療科・処方医師名		
	○				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・コロポ)	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・コロポ)	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ワクチン接種有無を「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
	●		●		スピラザ錠注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	
	●				ゼオメイン筋注用50・100・200単位 ゼオメイン注用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
	○				ゼップバウンド皮下注 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)	

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					
○			●		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・コロポ)	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
	●		●	●	タイサブ点滴静注300mg	バイオジェン・ジャパン	⑭			⑭		医療機関：①③④⑤⑥⑩ 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・処方元医師名(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：①②③④⑥⑩			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・処方元医師名	
○			●		タブレクタ錠150mg・200mg	ノバルティス (エス・ディ・コロポ)	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(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・コロポ)	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・コロポ)	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・コロポ)	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・処方元医師名	

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					
○			●		デュオドーパ配合経腸用液	アツヴィ (エス・エム・ディ)	⑭		①	⑭	①	医療機関:①②③⑩ 医師:①②④⑤⑥⑧⑩⑪ 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(胃腸 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 (アンブル)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・コロポ)	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:①②⑩ 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	
	○				スニーク静注用250・500・1000・2000・2500・3000・4000	藤本製薬 (エス・ディ・コロポ)	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	
○			☆		ネクサバル錠200mg	バイエル	①	②	③				ネクサバルハンドブック 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 (メディバルグループ)	②							施設名・住所・医師名		
		○			ノルスパンテープ5mg・10mg・20mg	ムンディファーマ	④	⑬	④	⑭	⑭	医師:④⑤⑬ 薬剤師:④⑬ 6カ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			
○					ハイータータン錠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・コロポ)	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
	●		●		バベンチオ点滴静注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・コロポ)	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・コロボ)	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-Learning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
	●		●		ビルテプソ点滴静注250mg	日本新薬 (エス・エム・ディ)	⑭				【施設条件】①②③⑥⑩⑬			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・コロボ)	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
○			●		プフェニール錠500mg、顆粒94%	オーファンバンフィック (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・コロボ)	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・コロボ)	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
○			●		プ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
		●			プロウペス腔用剤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
	●				プロポフォル注「マルイシ」	丸石製薬					動物病院納入不可			診療科名・医師名		
○					ペサノイドカプセル10mg	チェブラファーム	①		①	⑥				医療機関名	(処方元施設名・分かれれば)	
	●				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	

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						
					ヘパシファ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		
	●		●		ボトックスピスタ注用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	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			
	●				ボムピリティ点滴静注用105mg	アミカス・セラピューティクス (エス・ディ・コロボ)	①	②				ボムピ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「トーフ」	東和薬品	①							医療機関名・住所・電話番 号・診療科名		
	●		●		マイロタージュ点滴静注用5mg	ファイザー	①	④	⑦				血液学会。脳腫瘍学会	医師名		
	●				ミンジユビ点滴静注用200mg	インサイト (エス・ディ・コロボ)	②							納品予定日・得意先名・住 所・電話番号・使用診療科・ 処方医師名		
○			●		メキシニド錠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	
	●		●		メプセヴィ点滴静注液10mg	ウルトラジェニクス (エス・ディ・コロボ)	②							医療機関名・住所・TEL・診 療科・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						
○					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	
	●		●		ユプリズナ点滴静注100mg	田辺ファーマ (エス・ディ・コロポ)	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・コロポ)	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	「アライケイス吸入液」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
	●		●		リステイーゴ皮下注280mg	UCB (エス・ディ・コロポ)	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		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		
○			●		リブテンシテイ錠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 レフメイトセンター 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 レフメイトセンター 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 レフメイトセンター 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	プリストル	①	②			⑬	⑬	院内調剤のみ レフメイトセンター 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】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					
	○		●		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・デイ)	①	②	①	⑥				施設名・住所・電話番号・FAX番号	処方元施設名・住所	