

○本相談窓口の対象となる医療機関・薬局は次のとおりです

発熱外来や新型コロナウイルス感染症の患者を受け入れている医療機関やこれら医療機関の処方せんを受け付けている薬局において、解熱鎮痛薬等の在庫が少なく、平時に取引のある卸売業者に連絡しても入手が困難であり、業務に支障を来すとともに患者に迷惑を掛けてしまうおそれがある医療機関・薬局
 ※地域の実情に応じて、地域の医師会や薬剤師会単位で、対象の医薬品不足について、地域の団体でとりまとめた相談についても受け付けることといたしました。

<相談方法>

- 以下の1.～11.の各項目について漏れの無いように記載をし、antei-kyokyu@mhlw.go.jp に送信してください。
- 頂いたご相談内容については、厚生労働省で卸売販売業者等と調整したのち、基本的に卸売販売業者からご連絡があります。

<注意事項>以下の点について、ご承知の上、お申し込み下さい。

- ① 製剤ごとに取引卸が異なる場合には、お手数ですが取引卸ごとに相談フォーマットを作成下さい。

- ② 特に鎮咳薬と去痰薬については、製造販売業者及び卸売販売業者においても在庫量が限られていることから、卸売販売業者において可能な範囲での対応となります。卸売販売業者の在庫状況によっては「8. 医療用解熱鎮痛薬等の必要量」に記載いただきました数量をお届けできない場合があります。
- ③ 対象となる製剤は以下に記載されているものとなります。メーカーや製品の指定はできません。また、必要錠数によっては、シート状の製品ではなく、ボトル入りのバラ錠でお届けする場合があります。
- ④ 本取組が、数量が限られている医療上必要な医薬品の在庫品の偏在を防ぐことを目的としている都合上、特に個店など比較的小規模の薬局を優先することとなります。
- ⑤ 過剰な数量の申請または備蓄目的のための申請は、本当に必要な方へ幅広く医薬品を供給するためにも、ご遠慮いただくようお願いします。

1. 医療機関名・薬局名	
2. 所属部署	
3. 担当者名（フルネーム）	
4. 郵便番号	
5. 住所	
6. 電話番号	
7. 電子メールアドレス	

8. 医療用解熱鎮痛薬等の必要量 **【必須】**
 必要とする製剤の量を記載してください。

アセトアミノフェン	200 mg	必要量		錠
アセトアミノフェン	300 mg	必要量		錠
アセトアミノフェン	500 mg	必要量		錠
イブプロフェン	100 mg	必要量		錠
イブプロフェン	200 mg	必要量		錠
ロキソプロフェン	60 mg	必要量		錠
トラネキサム酸	250 mg	必要量		錠
トラネキサム酸	500 mg	必要量		錠
デキストロメトर्फアン	15 mg	必要量		錠
ジメモルフアン	10 mg	必要量		錠
チペジンヒベンズ酸	10 mg	必要量		錠
チペジンヒベンズ酸	20 mg	必要量		錠
カルボシステイン	250 mg	必要量		錠
カルボシステイン	500 mg	必要量		錠
アンブロキシソール	15 mg	必要量		錠
アンブロキシソール	45 mg	必要量		錠

9. 必要量の根拠【必須】

必要とする製剤毎に以下の項目について記載して下さい。

※医療機関は「処方」、薬局は「販売」

(1) 直近1ヶ月前の処方（販売）量（錠）

アセトアミノフェン	200 mg	実績	<input type="text"/>	錠
アセトアミノフェン	300 mg	実績	<input type="text"/>	錠
アセトアミノフェン	500 mg	実績	<input type="text"/>	錠
イブプロフェン	100 mg	実績	<input type="text"/>	錠
イブプロフェン	200 mg	実績	<input type="text"/>	錠
ロキソプロフェン	60 mg	実績	<input type="text"/>	錠

トラネキサム酸	250 mg	実績	<input type="text"/>	錠
トラネキサム酸	500 mg	実績	<input type="text"/>	錠

デキストロメトルフアン	15 mg	実績	<input type="text"/>	錠
ジメモルフアン	10 mg	実績	<input type="text"/>	錠
チペピジンヒベンズ酸	10 mg	実績	<input type="text"/>	錠
チペピジンヒベンズ酸	20 mg	実績	<input type="text"/>	錠

カルボシステイン	250 mg	実績	<input type="text"/>	錠
カルボシステイン	500 mg	実績	<input type="text"/>	錠
アンブロキシソール	15 mg	実績	<input type="text"/>	錠
アンブロキシソール	45 mg	実績	<input type="text"/>	錠

(2) 現時点の在庫量（錠）

アセトアミノフェン	200 mg	在庫量	<input type="text"/>	錠
アセトアミノフェン	300 mg	在庫量	<input type="text"/>	錠
アセトアミノフェン	500 mg	在庫量	<input type="text"/>	錠
イブプロフェン	100 mg	在庫量	<input type="text"/>	錠
イブプロフェン	200 mg	在庫量	<input type="text"/>	錠
ロキソプロフェン	60 mg	在庫量	<input type="text"/>	錠

トラネキサム酸	250 mg	在庫量	<input type="text"/>	錠
トラネキサム酸	500 mg	在庫量	<input type="text"/>	錠

デキストロメトルフアン	15 mg	在庫量	<input type="text"/>	錠
ジメモルフアン	10 mg	在庫量	<input type="text"/>	錠
チペピジンヒベンズ酸	10 mg	在庫量	<input type="text"/>	錠
チペピジンヒベンズ酸	20 mg	在庫量	<input type="text"/>	錠

カルボシステイン	250 mg	在庫量	<input type="text"/>	錠
カルボシステイン	500 mg	在庫量	<input type="text"/>	錠
アンブロキシソール	15 mg	在庫量	<input type="text"/>	錠
アンブロキシソール	45 mg	在庫量	<input type="text"/>	錠

(3) 直近1ヶ月以内の処方（販売）見込量（錠）

アセトアミノフェン	200 mg	見込量	<input type="text"/>	錠
アセトアミノフェン	300 mg	見込量	<input type="text"/>	錠
アセトアミノフェン	500 mg	見込量	<input type="text"/>	錠
イブプロフェン	100 mg	見込量	<input type="text"/>	錠
イブプロフェン	200 mg	見込量	<input type="text"/>	錠
ロキソプロフェン	60 mg	見込量	<input type="text"/>	錠

トラネキサム酸	250 mg	見込量	<input type="text"/>	錠
トラネキサム酸	500 mg	見込量	<input type="text"/>	錠

デキストロメトルフアン	15 mg	見込量	<input type="text"/>	錠
ジメモルフアン	10 mg	見込量	<input type="text"/>	錠
チペピジンヒベンズ酸	10 mg	見込量	<input type="text"/>	錠
チペピジンヒベンズ酸	20 mg	見込量	<input type="text"/>	錠

カルボシステイン	250 mg	見込量	<input type="text"/>	錠
カルボシステイン	500 mg	見込量	<input type="text"/>	錠
アンブロキシソール	15 mg	見込量	<input type="text"/>	錠
アンブロキシソール	45 mg	見込量	<input type="text"/>	錠

(4) 1ヶ月当たりの平均的な発注量(錠)

アセトアミノフェン	200 mg	発注量		錠
アセトアミノフェン	300 mg	発注量		錠
アセトアミノフェン	500 mg	発注量		錠
イブプロフェン	100 mg	発注量		錠
イブプロフェン	200 mg	発注量		錠
ロキソプロフェン	60 mg	発注量		錠

トラネキサム酸	250 mg	発注量		錠
トラネキサム酸	500 mg	発注量		錠

デキストロメトルファン	15 mg	発注量		錠
ジメボルファン	10 mg	発注量		錠
チペジンヒベンズ酸	10 mg	発注量		錠
チペジンヒベンズ酸	20 mg	発注量		錠

カルボシステイン	250 mg	発注量		錠
カルボシステイン	500 mg	発注量		錠
アンブロキシール	15 mg	発注量		錠
アンブロキシール	45 mg	発注量		錠

10. <相談の背景>該当するものすべてを選んで下さい【必須】

在庫が0(または僅少)のため

普段取引している卸売業者に注文したが、入手困難であるため

普段取引している卸売業者に注文したが、これまでの注文実績がないとして断られたため

新規の開業につき取引実績がないとして断られたため

普段取引している卸売業者から入手できず、他の卸売業者へ発注したが、それでもなお入手困難なため

その他(以下へ具体的に記載下さい)

11. 取引卸に関する情報【ピンク色のセルは必須項目です】

医療用解熱鎮痛薬の取引実績のある卸売販売業者について、以下の項目を記載して下さい。

(1) 卸売販売業者名及び支店・営業所名

卸売販売業者名

支店・営業所名

(2) 支店・営業所の電話番号