

薬効・薬価リスト令和6年版 追補
(令和6年11月19日告示・20日適用)

内 用 薬

先アセノベル徐放錠 500mg (ノーベル)	500mg1錠 2,886.20 1900001G1020/622968801
---------------------------	--------------------------------------------

1900 縁取り空胞を伴う遠位型ミオパチー治療剤 アセノイラミン酸

適応 縁取り空胞を伴う遠位型ミオパチーにおける筋力低下の進行抑制。

用法 1回2g,1日3回食後経口投与。投与間隔は約8時間とすることが望ましい。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴
(薬価基準収載日: 令 6.11.20, 投与: 14日まで)

先アリッサ配合錠 (富士製薬)	1シート 5,056.80 2482013F1020/622978101
--------------------	-----------------------------------------

2482 月経困難症治療剤 エステロロール水和物・ドロスピロン

適応 月経困難症。

用法 1日1錠,毎日一定の時刻に定められた順に従って(ピンク色錠から開始)28日間連続経口投与。以上を投与1周期とし,29日目から次の周期の錠剤を投与,以後同様に繰り返す。

保険料 ①本製剤の効能・効果に係る疾患の特性や治験の成績を勘案し,特例的に新医薬品に係る投薬期間制限を14日間ではなく30日間として取り扱う。②実薬錠及びプラセボ錠の区別無く,本製剤の1日あたりに算定した額を用いて次の例を参考に請求を行う/例:アリッサ配合錠 1錠,1日1回 28日分(令 6.11.19 保医発 1119 第 11号)。

禁忌 ①本剤(成分)に過敏性素因のある者②エストロゲン依存性悪性腫瘍(例えば乳癌,子宮内膜癌),子宮頸癌及びその疑い③診断の確定していない異常性器出血④血栓性静脈炎,肺塞栓症,脳血管障害,冠動脈疾患又はその既往歴⑤35歳以上で1日15本以上の喫煙者⑥前兆(閃輝暗点,星型閃光等)を伴う片頭痛⑦肺高血圧症又は心房細動を合併する心臓弁膜症,亜急性細菌性心内膜炎の既往歴のある心臓弁膜症⑧血管病変を伴う糖尿病(糖尿病性腎症,糖尿病性網膜症等)⑨血栓性素因のある者⑩抗リン脂質抗体症候群⑪手術前4週以内,術後2週以内,産後4週以内及び長期間安静状態⑫重篤な肝障害⑬肝腫瘍⑭脂質代謝異常⑮高血圧(軽度の高血圧を除く)⑯妊娠中に黄疽,持続性そう痒症又は妊娠ヘルペスの既往歴⑰妊婦・妊娠の可能性⑱重篤な腎障害又は急性腎障害⑲骨成長が終了していない可能性がある者

(薬価基準収載日: 令 6.11.20, 投与: 30日まで)

先オータイロカプセル 40mg (BMS)	40mg1カプセル 劇 3,468.30 4291086M1025/622977201
--------------------------	------------------------------------------------

4291 抗悪性腫瘍剤 レボトレクチニブ

適応 ROS1 融合遺伝子陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌。

用法 1日1回160mg,14日間経口投与。その後,1回160mgを1日2回経口投与。状態により適宜減量。

注) 投与開始後14日間で忍容性が認められない場合,1日2回投与に増量しない。

保険料 ROS1 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記載(当該検査を実施した月のみ。ただし初回は必ず記載)(令 6.11.19 保医発 1119 第 11号)。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴
(薬価基準収載日: 令 6.11.20, 投与: 14日まで)

先クービック錠 25mg (ネクセラファーマ=塩野義)	25mg1錠 57.30 1190033F1028/622969601
先クービック錠 50mg	50mg1錠 90.80 1190033F2024/622969701

1190 不眠症治療剤 ダリドレキサント塩酸塩

適応 不眠症。

用法 1日1回50mg,就寝直前経口投与。状態により1日1回25mg,投与可。

注) 中等度の肝機能障害患者(Child-Pugh 分類 B)・中程度のCYP3A 阻害剤と併用の場合: 1日1回25mg。

禁忌 ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②重度の肝機能障害(Child-Pugh 分類 C)③イトラコナゾール,クラリスロマイシン,ポリコナゾール,ボサコナゾール,リトナビル含有製剤,コピシスタット含有製剤,セリチニブ,エンシトレルビルフマル酸を投与中 **併禁** イトラコナゾール(イトリゾール),クラリスロマイシン(クラリス,クラリシッド),ポリコナゾール(ブイフェンド),ボサコナゾール(ノクサフィル),リトナビル含有製剤(カレトラ,ノービア,パキロビッド),コピシスタット含有製剤(シムツーズ,ゲンボイヤ,プレジコピックス),セリチニブ(ジカディア),エンシトレルビルフマル酸(ゾコーバ)

(薬価基準収載日: 令 6.11.20, 投与: 14日まで)

先タスフィゴ錠 35mg (エーザイ)	35mg1錠 劇 15,378.70 4291087F1020/622975901
------------------------	----------------------------------------------

4291 抗悪性腫瘍剤 タスルグラチニブホク酸塩

適応 がん化学療法後に増悪した FGFR2 融合遺伝子陽性の治癒切除不能な胆道癌。

用法 1日1回140mg,空腹時経口投与。状態により適宜減量。

保険料 FGFR2 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記載(当該検査を実施した月のみ。ただし初回は必ず記載)(令 6.11.19 保医発 1119 第 11号)。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴
(薬価基準収載日: 令 6.11.20, 投与: 14日まで)

先ビルタサ懸濁用散分包 8.4g (ゼリア)	8.4g1包 949.50 2190046B1028/622974901
---------------------------	-----------------------------------------

2190i 高カリウム血症改善剤 パチロマーソルピテクスカルシウム

適応 高カリウム血症。

用法 開始量1日1回8.4g,水で懸濁し経口投与。以後,血清カリウム値や状態により適宜増減。最高量1日1回25.2g。

注) ①増量する場合は8.4gずつとし,1週間以上空ける。②血清カリウム値が3.0mmol/L未満に低下した場合は中止。

禁忌 ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②腸閉塞
(薬価基準収載日: 令 6.11.20, 投与: 14日まで)

先ファダプス錠 10mg (ダイドーフファーマ)	10mg1錠 劇 3,848.70 1290002F1028/622976401
-----------------------------	---------------------------------------------

1290i ランバート・イートン筋無力症候群治療剤 アミプアンプリジンリン酸塩

適応 ランバート・イートン筋無力症候群の筋力低下の改善。

用法 初期量1回5mg,1日3回経口投与。状態により1回5~30mgの範囲で適宜増減し,1日3~5回経口投与。増量は3日以上の間隔をあけて1日5mgずつ行う。1日100mgを超えない。

禁忌 ①てんかん等の痙攣性疾患②本剤(成分)・他のアミノピリジン系薬剤に過敏症の既往歴
(薬価基準収載日: 令 6.11.20, 投与: 14日まで)

(※次頁に続く)

薬効・薬価リスト令和6年版 追補
(令和6年11月19日告示・20日適用)

先	フリユザクラカプセル 1mg (武田)	1mg1 カプセル 劇 5, 139. 40 4291088M1024/622975001
先	フリユザクラカプセル 5mg	5mg1 カプセル 劇 23, 866. 90 4291088M2020/622975101

4291 抗悪性腫瘍剤 フルキンチニブ

適応 がん化学療法後に増悪した治癒切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌。

注) レゴラフェニブ又はトリフルリジン・チピラシル塩酸塩配合剤のいずれの治療歴もない患者は、これらの薬剤による治療が困難な患者を対象。

用法 1日1回5mg,3週間連日経口投与。その後1週間休薬。これを1サイクルとし繰り返す。状態により適宜減量。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴

(薬価基準収載日: 令 6.11.20, 投与: 14日まで)

先	ユバシ配合錠 (ヤンセン=日本新薬)	1錠 劇 13, 334. 90 2190105F1029/622974501
---	-----------------------	--------------------------------------------

2190J エンドセリン受容体拮抗薬/ホスホジエステラーゼ5阻害剤 マシテンタン・タダラフィル

適応 肺動脈性肺高血圧症。

注) 本剤を肺動脈性肺高血圧症の第一選択薬としない。

用法 1日1回1錠,経口投与。

保険性 ※ (掲示事項等告示) 当品目は新医薬品の処方日数制限対象外。

禁忌 ①妊婦・妊娠の可能性②重度の低血圧(血圧<90/50mmHg)③硝酸剤又は一酸化窒素(NO)供与剤を投与中④可溶性グアニル酸シクラーゼ(sGC)刺激剤を投与中⑤強いCYP3A4阻害剤を投与中⑥強いCYP3A4誘導剤を投与中⑦重度の腎障害⑧重度の肝障害⑨本剤(成分)に過敏症の既往歴 **併禁** ①硝酸剤及びNO供与剤(ニトログリセリン,亜硝酸アミル,硝酸イソソルビド,ニコランジル等)②sGC刺激剤(リオシグアト<アデムバス)③強いCYP3A4阻害剤(イトラコナゾール<イトリゾール),リトナビル含有製剤<ノービア,カレトラ,パキロビッド>,アタザナビル<レイアタツ>,ダルナビル含有製剤<プリジスタ,プレジコピックス,シムツーザ>,クラリスロマイシン<クラリス,クラリシッド>,コピシスタット含有製剤<スタリビルド,ゲンボイヤ,プレジコピックス,シムツーザ>,エンシトレルビル<ゾコーバ>④強いCYP3A4誘導剤(リファンピシリン<リファジン>),セイヨウオトギリソウ(St.John's Wort,セント・ジョーンズ・ワート)含有食品,カルバマゼピン<テグレート>,フェニトイン<アレピアチン,ヒダントール>,フェノバルビタール<フェノバル等>,リファブチン<ミコブティン>

(薬価基準収載日: 令 6.11.20)

先	ルプキネスカプセル 7.9mg (大塚製薬)	7.9mg1 カプセル 劇 778. 60 3999065M1025/622971401
---	---------------------------	-------------------------------------------------

3999i 免疫抑制剤 ボクロスボリン

適応 ループス腎炎。

用法 1回23.7mg,1日2回経口投与。状態により適宜減量。

注) ①開始時は原則として副腎皮質ステロイド剤及びミコフェノール酸 モフェチルを併用。②重度の腎機能障害患者(eGFR30mL/分/1.73m²未満)にやむを得ず投与する場合・軽度又は中等度の肝機能障害患者(Child-Pugh分類A及びB):1回15.8mg,1日2回。③中程度のCYP3A4阻害作用を有する薬剤と併用:1日23.7mg(朝15.8mg,夜7.9mg)。

禁忌 ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②強いCYP3A4阻害作用を有する薬剤を投与中③生ワクチンを接種しない **併禁** ①強いCYP3A4阻害作用を有する薬剤:アゾール系抗真菌剤(イトラコナゾール<イトリゾール>),ポリコナゾール<ブイフェンド>,ボサコナゾール<ノクサフィル>,リトナビル含有製剤<ノービア,パキロビッド,カレトラ>,アタザナビル硫酸塩<レイアタツ>,ダルナビルエタノール付加物<プリジスタ,プリジスタナイーブ>,ホスアンブレナビルカルシウム水和物<レクシヴァ>,コピシスタット含有製剤<ゲンボイヤ,プレジコピックス,シムツーザ>,クラリスロマイシン含有製剤<クラリシッド,クラリス,ボノサップ,ラベキア>,セリチニブ<ジカディア>,エンシトレルビルフマル酸<ゾコーバ>②生ワクチン(乾燥弱毒生麻しんワクチン,乾燥弱毒生風しんワクチン,乾燥BCG等)

(薬価基準収載日: 令 6.11.20, 投与: 14日まで)

注 射 薬

先	アウイクリ注 フレックスタッチ 総量 300 単位 (ノボ)	300単位1キット 劇 2, 081 2492424G1022/629932001
---	-----------------------------------	----------------------------------------------

2492 週1回持続型溶解インスリンアナログ製剤 インスリン イコデク(遺伝子組換え)

適応 インスリン療法が適応となる糖尿病。

用法 初期1回30~140単位,1週間に1回皮下注。状態により適宜増減。他のインスリン製剤を併用することがある。他のインスリン製剤の投与量を含めた維持量1週間あたり30~560単位。必要により用量を超えて使用可。

注) 糖尿病性昏睡,急性感染症,手術等緊急の場合は,本剤だけで処置することは適当でないので,速効型又は超速効型インスリン製剤を使用。

保険性 注) 注入器一体型のキットであるので,在宅自己注射指導管理料を算定する場合,注入器加算は算定できない(令 6.11.19 保医発 1119 第 11 号)。

禁忌 ①低血糖症状を呈している者②本剤(成分)に過敏症の既往歴

(※次頁に続く)

薬効・薬価リスト令和6年版 追補
(令和6年11月19日告示・20日適用)

先ケサナラ点滴静注液 350mg 350mg20mL1 瓶 劇 66, 948
(リリー) 1190409A1020/629931401

1190 ヒト化抗N3pGアミロイドβモノクローナル抗体製剤 ドナネマブ(遺伝子組換え)

適応 アルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制。

用法 1回700mg,4週間隔で3回,点滴静注。その後は1回1400mg,4週間隔で点滴静注。投与は少なくとも30分かける。

注) 投与中にアミロイドβプラークの除去が確認された場合,その時点で本剤の投与を完了。アミロイドβプラークの除去が確認されない場合も,本剤の投与は原則として最長18ヶ月で完了する。18ヶ月を超えて投与する場合,18ヶ月時点までの副作用の発現状況,臨床症状の推移やアミロイドβプラークの変化等を考慮し,慎重に判断。

保険性 (1) 最適使用推進ガイドラインに従い,有効性及び安全性に関する情報が十分蓄積するまでの間,本剤の恩恵を強く受けることが期待される患者に対して使用するとともに,副作用が発現した際に必要な対応をとることが可能な一定の要件を満たす医療機関で使用するように十分留意する。

(2) 本剤を最初に投与した際には,次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載:①次に掲げる患者の要件のうち,該当するもの(「患者要件ア」～「患者要件ウ」)までのうち該当するものを記載)ノア 患者本人及び家族・介護者の,安全性に関する内容も踏まえ本剤による治療意思が確認されている患者。イ 次に示す本剤の禁忌に該当しないことが確認された患者。・本剤の成分に対し重篤な過敏症の既往歴がある患者・本剤投与開始前に血管原性脳浮腫,5個以上の脳微小出血,脳表へモジゲリン沈着症又は1cmを超える脳出血が認められる患者。ウ MRI 検査(1.5Tesla以上)が実施可能であることが確認された患者。②認知機能の低下及び臨床症状の重症度範囲について,次に掲げるすべての項目のスコア及び実施年月日ノア 認知機能評価 MMSE スコア。イ 臨床認知症尺度 CDR 全般スコア。③次に掲げる検査のうち,当該患者の診断に用いた検査に該当するもの(「患者要件エ」又は「患者要件オ」と記載),実施年月日及び検査実施施設名ノエ アミロイド PET。オ 脳脊髄液(CSF)検査。④次に掲げる医師の要件のうち,当該患者の本剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」から「医師要件エ」)までのうち該当するものを記載)ノア 日本神経学会の専門医。イ 日本老年医学会の専門医。ウ 日本精神神経学会の専門医。エ 日本脳神経外科学会の専門医。⑤次に掲げる医師の要件のうち,当該患者の本剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件オ」から「医師要件ク」)までのうち該当するものを記載)ノオ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に,10年以上の軽度認知障害の診断,認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした臨床経験を有していること。カ 画像所見からARIAの有無を判断した上で,臨床症状の有無と併せて本剤の投与継続,中断又は中止を判断し,かつ必要な対応ができる医師であること。キ 製造販売業者が提供するARIAに関するMRI読影の研修を受講していること。ク 日本認知症学会及び日本老年精神医学会の実施するアルツハイマー病の病態,診断,本剤の投与対象患者及び治療に関する研修を受講していること。⑥次に掲げる項目のうち,該当するもの(「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載)ノア 以下のIからVIIIをすべて満たす施設である。イ 以下のIからVIIIをす

べて満たす施設でない。(項目) I MRI 検査(1.5Tesla以上)が実施可能な医療機関であり,かつ,ARIAが認められた場合に,画像所見や症状の有無から,本剤の投与継続,中断又は中止を判断し,かつ,施設内で必要な対応ができる体制が整っていること。II 認知機能のスコア評価(MMSEスコア)及び臨床認知症尺度(CDR全般スコア)が実施可能な者が配置されていること。III 同一施設内又は連携がとれる施設においてPET検査又はCSF検査が実施可能であること。IV 上記の④及び⑤に該当する,常勤医師が複数名配置されていること。V CDR全般スコア評価に精通し,一定以上の評価経験を有する医療従事者がいること。VI ARIAのリスク管理に必要な知識を有し,かつ,MRI読影に関する医療従事者向け研修を受講した,ARIAの鑑別を含むMRI読影が適切に行える常勤医師が1名以上いること。VII 認知症疾患医療センター又は認知症疾患医療センターと連携がとれる施設であること。VIII 製造販売業者に課せられている全例調査を確実に実施できる施設であること。(3) 本剤の投与開始後6ヶ月以降の投与の際には,次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載:①本剤の投与施設(「施設要件ウ」又は「施設要件エ」と記載)及び「施設要件エ」に該当する場合は,連携施設名及び所在地ノウ 初回投与施設(2)の初回投与施設と同一の施設。エ 連携施設(2)の初回投与施設と連携している施設。②次に掲げる施設要件のうち,本剤の投与施設に該当するもの(「施設要件オ」と記載)ノオ 製造販売業者に課せられている全例調査を確実に実施できること。③次に掲げる医師の要件のうち,本剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ケ」から「医師要件シ」)までのうち該当するものを記載)ノケ 日本神経学会の専門医。コ 日本老年医学会の専門医。サ 日本精神神経学会の専門医。シ 日本脳神経外科学会の専門医。④次に掲げる医師の要件のうち,本剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ス」～「医師要件タ」)までのうち該当するものを記載)ノス 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に,10年以上の軽度認知障害の診断,認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした臨床経験を有していること。セ 画像所見からARIAの有無を判断した上で,臨床症状の有無と併せて本剤の投与継続,中断又は中止を判断し,かつ必要な対応ができる医師であること。ソ 製造販売業者が提供するARIAに関するMRI読影の研修を受講していること。タ 日本認知症学会及び日本老年精神医学会の実施するアルツハイマー病の病態,診断,本剤の投与対象患者及び治療に関する研修を受講していること。(4) 本剤の継続投与の際には,次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載。なお本剤は,初回投与後6ヶ月までは初回投与施設で投与するノ①本剤の初回投与から起算して何週目の投与であるか。②本剤投与中,CDR全般スコア推移,MMSEスコア推移,患者及び家族・介護者から自他覚症状の聴取等による臨床症状の評価を実施した直近の年月日。③本剤投与中,MRI検査を受けた直近の年月日。(5) 本剤投与開始後12ヶ月を目安に実施するPET検査について,次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載:①本剤投与中,PET検査を受けた年月日(投与開始前のPET検査を除く)。②本剤投与中,PET検査を実施した施設(「施設要件カ」又は「施設要件キ」と記載)及び「施設要件キ」に該当する場合は,連携施設名及び所在地ノカ 初回投与施設と同一施設内。キ

(※次頁に続く)

薬効・薬価リスト令和6年版 追補
(令和6年11月19日告示・20日適用)

初回投与施設と連携がとれる施設。(6) 本剤の初回投与から起算して18ヶ月を超える投与の際には、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載／①本剤投与の継続が必要と判断した理由(PET検査によるアミロイドβプラークの評価結果、CDR全般スコア推移、MMSEスコア推移、患者及び家族・介護者から自覚症状の聴取等による臨床症状の評価を踏まえた有効性の観点、並びにARIAの有無や副作用発現状況等を踏まえた安全性の観点を含めて具体的に記載すること)。(2)中等度以降のアルツハイマー病による認知症と診断された患者に対して本剤の投与継続を行う場合には、再評価を行った結果として(2)の①～②及び投与継続を判断した理由(上記①と同様に具体的に記載すること)(令6.11.19保医発1119第12号)。

禁忌 ①本剤(成分)に重篤な過敏症の既往歴②本剤投与開始前に血管原性脳浮腫が確認された者③本剤投与開始前に5個以上の脳微小出血、脳表へモジデリン沈着症又は1cmを超える脳出血が確認された者

先テペペーザ点滴静注用 500mg 500mg1瓶 劇 979,920
(アムジェン) 1390400D1026/629931201

1390 甲状腺眼症治療用 IGF-1R 阻害剤 テプロツムマブ(遺伝子組換え)

適応 活動性甲状腺眼症。

用法 初回10mg/kg、2回目以降は20mg/kgを7回、3週間間隔で計8回点滴静注。

注) ①注射用水で溶解し、②生理食塩液で希釈後投与。

禁忌 ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②妊婦・妊娠の可能性

先トロデルビ点滴静注用 200mg 200mg1瓶 劇 187,195
(ギリアド) 4291472D1026/629931301

4291 抗悪性腫瘍剤 サシツズマブ ゴビテカン(遺伝子組換え)

適応 化学療法歴のあるホルモン受容体陰性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌。

注) タキサン系抗悪性腫瘍剤による治療歴のある患者を対象。

用法 21日間を1サイクルとし、各サイクルの1日目及び8日目に1回10mg/kg、点滴静注。投与時間は3時間とし、初回の忍容性が良好であれば2回目以降は1～2時間に短縮可。状態により適宜減量。

注) 投与時にあらわれることがあるinfusion reactionを軽減させるため、投与前に解熱鎮痛剤、抗ヒスタミン剤及びH₂受容体拮抗剤の前投与を考慮。

保険料 ①ホルモン受容体陰性及びHER2陰性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載(当該検査を実施した月のみ。ただし初回は必ず記載)。②過去に実施したタキサン系抗悪性腫瘍剤による治療歴を診療報酬明細書の摘要欄に記載(令6.11.19保医発1119第11号)。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴

先ライブリバント点滴静注 350mg7mL1瓶 劇 160,014
350mg(ヤンセン) 4291473A1024/629931101

4291 抗悪性腫瘍剤/抗ヒトEGFR及び抗ヒトMETヒト二重特異性モノクローナル抗体 アミバンタマブ(遺伝子組換え)

適応 EGFR遺伝子エクソン20挿入変異陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌。

用法 カルボプラチン及びベメトレキセドナトリウムと併用で、3週間を1サイクルとし次の用法・用量で点滴静注。状態により適宜減量。体重80kg未満1サイクル目は1日目350mg、2日目1,050mg、8日目・15日目1,400mg。2サイクル目は1日目1,400mg。3サイクル目以降は1日目1,750mg。体重80kg以上1サイクル目は1日目350mg、2日目1,400mg、8日目・15日目1,750mg。2サイクル目は1日目1,750mg。3サイクル目以降は1日目2,100mg。

注) 投与によるinfusion reactionを軽減させるため、投与前に、1サイクル目の1・2日目は副腎皮質ホルモン剤、抗ヒスタミン剤及び解熱鎮痛剤を投与し、必要によりH₂受容体拮抗剤や制吐剤を投与。1サイクル目の8日目以降は抗ヒスタミン剤及び解熱鎮痛剤を投与し、必要により副腎皮質ホルモン剤、H₂受容体拮抗剤や制吐剤を投与。

保険料 EGFR遺伝子エクソン20挿入変異陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記載(当該検査を実施した月のみ。ただし初回は必ず記載)(令6.11.19保医発1119第11号)。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴

先ロゼバラミン筋注用 25mg 25mg1瓶 10,425
(エーザイ) 1190410E1024/622975801

1190 筋萎縮性側索硬化症用剤 メコバラミン

適応 筋萎縮性側索硬化症(ALS)における機能障害の進行抑制。

用法 1日1回50mg、週2回筋注。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴

歯科用薬

先セプトカイン配合注カートリッジ 1.7mL1管 劇 191.20
(ジーシー昭和薬品) 2710821U1026/628311701

2710h 歯科用局所麻酔剤 アルチカイン塩酸塩・アドレナリン酒石酸水素塩

適応 歯科領域及び口腔外科領域における浸潤麻酔又は伝達麻酔。

用法 歯科領域における浸潤麻酔・伝達麻酔0.5～2.5mL。口腔外科領域における局所麻酔1.0～5.1mL。以上、年齢・麻酔領域・部位・組織・症状・体質により適宜増減。増量の場合は要注意。

禁忌 本剤(成分)・アミド型局所麻酔薬に過敏症の既往歴