

ミカトリオ[®] 配合錠の 保険適用に係る留意事項 (診療報酬明細書への記載)

改正のご案内

「ミカトリオ[®] 配合錠の保険適用に係る留意事項について [平成28年(2016年)12月26日 厚生労働省保険局医療課長通知(保医発1226第8号)]」において通知されていた下記留意事項は、下記の通り改正されました。
[令和3年(2021年)9月6日 厚生労働省保険局医療課長通知(保医発0906第2号)]

改正

ミカトリオ[®] 配合錠の保険適用に係る留意事項

- ◆ 原則として、テルミサルタン80mg、アムロジピン5mg及びヒドロクロロチアジド12.5mgを**一定の期間8週間以上**、同一用法・用量で継続して併用し、安定した血圧コントロールが得られている場合に、本製剤への切り替えを検討してください。
- ◆ 本製剤への切り替えに当たっては、次の事項を切り替えた月の診療報酬明細書の摘要欄に記載してください。
 - (1)テルミサルタン80mg、アムロジピン5mg及びヒドロクロロチアジド12.5mgの併用療法として使用していた品名及び使用期間
 - (2)テルミサルタン80mg、アムロジピン5mg及びヒドロクロロチアジド12.5mgの**併用療法において**、併用療法における血圧コントロールの**状況及び**安定した血圧コントロールが得られていると判断した際に参照した血圧測定値及び当該血圧測定の実施年月日

ミカトリオ[®] 配合錠のご使用にあたっては、添付文書をご覧ください。

<ミカトリオ[®] 配合錠に関するお問い合わせ>

日本ベリンガーインゲルハイム株式会社
DIセンター

電話番号：0120-189-779
受付時間：9：00～18：00
(土・日・祝日・弊社休業日を除く)