

近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品の支給 (選定療養) に関するお知らせ

令和 8 年 6 月 1 日より、近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品（リジュセアミニ点眼液 0.025%）の支給は、厚生労働大臣が定める「選定療養」の対象となりました。当薬局では、下記のとおり患者さまのご希望に基づき、保険外の費用をご負担いただいたうえで当該医薬品をお渡しいたします。

1. 対象となる医薬品

販売名	リジュセアミニ点眼液 0.025%（参天製薬株式会社）
一般名	アトロピン硫酸塩水和物
規格	0.3mL × 30 本入り（1 回使い切りタイプ・防腐剤無添加）／1 箱
用法・用量	1 回 1 滴、1 日 1 回就寝前に点眼（医師の指示に従ってください）

2. ご負担いただく費用（4 店舗共通）

薬剤費（特別の料金）	1 箱（30 本・約 1 か月分） 4,400 円（税込） ※ 全額自己負担です。健康保険・こども医療費助成の対象にはなりません。
処方日数と費用	30 日分：4,400 円 / 60 日分：8,800 円 / 90 日分：13,200 円 ※ 処方箋に記載された箱数 × 4,400 円（税込）となります。
保険が適用される部分	調剤基本料・薬剤調製料・調剤管理料・服薬管理指導料等の技術料部分は、保険外併用療養費として健康保険が適用されます。

3. お知らせ・ご注意

- お渡しには医師の処方箋が必要です。眼科での定期検査（診察・検査は保険適用）を受けたうえでご来局ください。
- 費用は選定療養に係る特別の料金として、保険の一部負担金とは区分して領収書に記載いたします。
- 薬剤の性質上、お渡し後の返品・返金はお受けできません。
- 本剤は近視の進行を抑えることを目的とした医薬品であり、視力を回復させるものではありません。
- 点眼後、まぶしさ・かすみ等の症状があらわれることがあります。気になる症状がある場合は薬剤師または処方医にご相談ください。

ご不明な点は各店舗の薬剤師までお気軽にお尋ねください。

有限会社クローバー薬局

わかば薬局 ・ シオン薬局 ・ クローバー薬局片山店 ・ クローバー薬局池内店