

病院フォーミュラリ（経口PPI）

2023年2月作成

2026年3月更新

適応症	※4 第一選択薬	第二選択薬	※4 第三選択薬
胃潰瘍	※2 ランソプラゾールOD錠	ラベプラゾール錠	タケキャブOD錠
十二指腸潰瘍			エソメプラゾールカプセル
吻合部潰瘍			タケキャブOD錠
Zollinger-Ellison症候群			エソメプラゾールカプセル
※1 逆流性食道炎		エソメプラゾールカプセル または ※3 ラベプラゾール錠	タケキャブOD錠
非びらん性食道逆流症			エソメプラゾールカプセル
低用量アスピリン投与時における 胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の再発抑制	タケキャブOD錠		
NSAIDs投与時における 胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の再発抑制			
ヘリコバクター・ピロリ除菌の補助	タケキャブOD錠	—	—

※1：重症の場合は、タケキャブOD錠を第一選択薬とする。

※2：CYP2C19/3A4を介する薬物相互作用が懸念される場合は、ラベプラゾール錠を選択する。

※3：開始用量のラベプラゾール錠5mgは、院外処方のみ。

※4：院外処方において、タケキャブOD錠以外は、全て一般名処方が可能。

参考資料：各医薬品添付文書及びインタビューフォーム、胃食道逆流症（GERD）診療ガイドライン2021（改訂第3版）、
消化性潰瘍診療ガイドライン2020（改訂第3版）

尚、最新のガイドライン等を参照して、適宜改訂を行う。