

処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

分割指示に関わる処方箋 分割の 回数

患者番号

公費負担者番号										保険者番号									
公費負担医療の受給者番号										被保険者証・被保険者手帳の記号・番号									

患者	氏名							保険医療機関の所在地及び名称											
	生年月日	年 月 日			男・女			電話番号 保険医氏名											
	区分			割合				都道府県番号			点数表番号			医療機関コード					
交付年月日	令和 年 月 日			処方箋の使用期間				令和 年 月 日			[特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。]								

処方	変更不可	[個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更には差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。]																

備考	保険医署名	[「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、書名又は記名・押印すること。]																
	保険薬局が調剤時に残業を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。） <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供																	

調剤実施回数(調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。)																			
□1回目調剤日(年 月 日) □2回目調剤日(年 月 日) □3回目調剤日(年 月 日)																			
次回調剤予定日(年 月 日) 次回調剤予定日(年 月 日)																			
調剤済年月日	令和 年 月 日				公費負担者番号														
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名					公費負担者医療の受給者番号														

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
2. この用紙は、日本工業規格 A 列 5 番を標準とすること。
3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和 51 年厚生省令第 36 号）第 1 条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする