

処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

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