処　方　箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

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		
	生年月日		男・女
	区分		

保険医療機関の所在地及び名称

電話番号

保険医氏名　㊞

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 (医療上必要)	患者希望	(個々の処方薬について、医療上の必要性があるため、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。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。)
			リフィル可 □ （　　回）

備考

保険医署名 (「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。) ㊞

保険薬局が調剤時に残薬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。）

□保険医療機関へ疑義照会した上で調剤　　□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								