

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							(枝番)

患 者	氏名					保険医療機関の 所在地及び名称									
	生年月日	明大昭平合	年	月	日	男・女	電 話 番 号								
	区 分	被保険者	被扶養者			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	<p>個々の処方案について、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。</p>

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。) <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、 <input type="checkbox"/> 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。）		
<input type="checkbox"/> 1回目調剤日（ 年 月 日）	<input type="checkbox"/> 2回目調剤日（ 年 月 日）	<input type="checkbox"/> 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、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命令（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。