

# 処 方 箋

（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）

分割指示に係る処方箋 分割の 〃 回目

公費負担者番号					保 険 者 番 号				
公費負担医療の受給者番号					被保険者資格に係る記号・番号				（核番）

患 者	氏 名				保険医療機関の所在地及び名称				
	生年月日	明大昭平令	年 月 日	男・女	電 話 番 号				
	区 分	被保険者	被扶養者		保 険 医 氏 名 <span style="float: right;">(印)</span>				
		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 <small>（医療上必要）</small>	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）への変更が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。

備 考	保険医署名 <span style="font-size: small;">（「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。）</span>	
	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	(印)	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。

## 分割指示に係る処方箋（別紙）

(発行保険医療機関情報)

処方箋発行医療機関の保険薬局からの連絡先

電話番号 \_\_\_\_\_

FAX番号 \_\_\_\_\_

その他の連絡先 \_\_\_\_\_

(受付保険薬局情報)

1回目を受け付けた保険薬局

名称 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

保険薬剤師氏名 \_\_\_\_\_ (印)

調剤年月日 \_\_\_\_\_

2回目を受け付けた保険薬局

名称 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

保険薬剤師氏名 \_\_\_\_\_ (印)

調剤年月日 \_\_\_\_\_

3回目を受け付けた保険薬局

名称 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

保険薬剤師氏名 \_\_\_\_\_ (印)

調剤年月日 \_\_\_\_\_