

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						被保険者資格に係る記号・番号					(校番)

患者	氏名	殿		保険医療機関の所在地及び名称							
	明・大・昭・平・令	年	月	日生	電話番号						
	区分	被保険者	被扶養者	保険医氏名	印						
				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 紙幣上必要	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。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 <input type="checkbox"/> () 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。	麻薬使用者免許番号 患者住所
	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、□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。