

# 処方箋

（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）

通常調剤用

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;">㊞</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 (医療上必要)	患者希望	個々の処方薬について、 <b>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</b> 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。 <b>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。</b>
			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。
	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、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。