

# 処方箋

分割調剤用

(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;">(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	保 険 医 氏 名	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）</b> への変更にし、 <b>「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。</b>								

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 \_\_\_\_\_ F A X 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 \_\_\_\_\_