

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		(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																			
										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	一部保険外療養	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。一部保険外療養の対象医薬品を処方した場合には、「一部保険外療養」の欄に、特別の料金の対象である場合は「○」を、特別の料金の対象外である場合は「－」を記載すること。																						
				リフィル可 ☐ (回) ※リフィル処方箋とは、症状が安定している患者に発行し、最大3回まで反復利用できる処方箋																						
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。) ☐ 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 ☐ 調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供																									
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。