

旧

赤字の部分が変更箇所です

新

政船日組共自国 J 公自 衛 書医 府員雇合済官保 R 療費		併用関係 結生精勞心老 予保神災障療		処方箋 (この処方箋は、どの保険調剤薬局でも有効です。)		福、老			
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)	
患者区分	氏名		性別		所在地及び名称		電話番号		保険医氏名
	年 月 日生		男・女						
交付年月日	年 月 日		処方箋の使用期間		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。)		
	年 月 日		年 月 日		年 月 日				
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、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、先発医薬品の使用についての患者の希望を踏まえて処方した場合には、「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。						
		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"/> 保健医療機関へ疑義照会した上で調剤				<input type="checkbox"/> 保健医療機関へ情報提供			
		調剤実施回数 (調剤回数に応じて、 <input type="checkbox"/> 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)		次回調剤予定日 (年 月 日)			
調剤済年月日		年 月 日		公費負担者番号					
保険薬局の所在地及び名称				公費負担医療の受給者番号					
保険薬剤師氏名									
薬局記入事項	調剤料	薬剤料	計	調剤数量	合計	加算	調基本料	指導料	総合計
							患者負担金	請求点数	請求済印



政船日組共自国 J 公自 衛 書医 府員雇合済官保 R 療費		併用関係 結生精勞心老 予保神災障療		処方箋 (この処方箋は、どの保険調剤薬局でも有効です。)		福、老			
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)	
患者区分	氏名		性別		所在地及び名称		電話番号		保険医氏名
	年 月 日生		男・女						
交付年月日	年 月 日		処方箋の使用期間		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。)		
	年 月 日		年 月 日		年 月 日				
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、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、先発医薬品の使用についての患者の希望を踏まえて処方した場合には、「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) ※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。)							
		<input type="checkbox"/> 保健医療機関へ疑義照会した上で調剤				<input type="checkbox"/> 調剤する薬剤を減量した上で、保健医療機関へ情報提供			
		調剤実施回数 (調剤回数に応じて、 <input type="checkbox"/> 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)		次回調剤予定日 (年 月 日)			
調剤済年月日		年 月 日		公費負担者番号					
保険薬局の所在地及び名称				公費負担医療の受給者番号					
保険薬剤師氏名									
薬局記入事項	調剤料	薬剤料	計	調剤数量	合計	加算	調基本料	指導料	総合計
							患者負担金	請求点数	請求済印