

処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

00009

公費負担者番号										保 険 者 番 号		0	1	3	4	0	0	1	7													
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	テスト カンジャサマ								保 険 医 療 機 関 の 所 在 地 及 び 名 称																						
	生 年 月 日	昭和49年 9月 3日								東京都文京区本駒込2-28-16																						
	区 分	被保険者						割 合		医療法人 オルカ医院																						
交 付 年 月 日		令和 7年 4月22日																		電 話 番 号		03-3946-0001										
処方箋の間		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。																		保 険 医 氏 名		テスト 医師		㊞								
処 方	変更不可 (医療上必要)	患者希望																			都道府県 番号		34		点数表 番号		1		医療機関 コード		1234567	
	〔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「✓」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「✓」又は「×」を記載すること。〕																															
	1) 【般】ロキソプロフェンNa錠60mg 1錠 (1日分)																															
以下余白																																
リファイン==日==(==日)=																																
備 考	保険医署名 (「変更不可」欄に「✓」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「✓」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 □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 在 称 及 び 保 険 薬 剤 師 氏 名										公費負担医療の 受 給 者 番 号																						
																						㊞										

<メモ>

- 備考
- 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
 - この用紙は、日本工業規格A列5番とすること。
 - 療養の給付、老人医療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。

薬局で記載のこと	型	調剤料	薬剤料	調剤数量	薬剤料計	合 計	加 算	調 剤 基 本 料		薬 剤 指 導 料	
								保険内点数	負担	負 担 金	保 険 外
備考									割		
										患者請求金額	