

新たな処方箋様式（案） （※）太字下線部が見直し内容

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			㊞		
		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		「個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更には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。									
			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。