

処方箋

(控え=使用できません)

公費負担者番号	2 7 1 3 8 2 0 0	保険者番号	1 3 8 2 0 0					
公費負担医療の受給者番号	2 3 8 2 8 0 3	被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	24-52-8070 (枝番) 00					
患者	患者 ID. 333-444		東京都千代田区〇〇1-1					
	ヨ ミ はちおうじ はなこ		保険医療機関の所在地及び名称 じほう総合病院					
	氏名 八王子 花子 様		電話番号 03-3265-7765					
	生年月日 昭和 35年 7月 1日 女		保険医氏名 じほう 五郎 ㊞					
区分	本人負担3割		都道府県番号	1 2	点数表番号	1	医療機関コード	1 2 3 4 5 6 7
交付年月日	令和 6年 10月 29日		処方箋の使用期間	令和 年 月 日 <small>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。</small>				
処方	変更不可(医療上必要)	患者希望	個々の処方箋について、医療上の必要があるため、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。					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. フロモックス錠75mg 3錠 1日3回毎食後 4日					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. ムコスタ錠100mg 3錠 1日3回毎食後 4日					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. ロキソニン錠60mg 1錠 38.5度以上の時5時間以上あけ 4回					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. SPトローチ0.25mg「明治」 1錠 喉が痛いとき 14回						
			以下余白					
			リフィル可 <input type="checkbox"/> (回)					
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。) <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「√」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	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」の欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。 2. この用紙は、日本工業規格 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。								

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	2 7 1 3 8 2 0 0	保険者番号	1 3 8 2 0 0					
公費負担医療の受給者番号	2 3 8 2 8 0 3	被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	24-52-8070 (枝番) 00					
患者	患者 ID. 333-444		東京都千代田区〇〇1-1					
	ヨ ミ はちおうじ はなこ		保険医療機関の所在地及び名称 じほう総合病院					
	氏名 八王子 花子 様		電話番号 03-3265-7765					
	生年月日 昭和 35年 7月 1日 女		保険医氏名 じほう 五郎 ㊞					
区分	本人負担3割		都道府県番号	1 2	点数表番号	1	医療機関コード	1 2 3 4 5 6 7
交付年月日	令和 6年 10月 29日		処方箋の使用期間	令和 年 月 日 <small>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。</small>				
処方	変更不可(医療上必要)	患者希望	個々の処方箋について、医療上の必要があるため、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。					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. フロモックス錠75mg 3錠 1日3回毎食後 4日					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. ムコスタ錠100mg 3錠 1日3回毎食後 4日					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. ロキソニン錠60mg 1錠 38.5度以上の時5時間以上あけ 4回					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. SPトローチ0.25mg「明治」 1錠 喉が痛いとき 14回						
			以下余白					
			リフィル可 <input type="checkbox"/> (回)					
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。) <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「√」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	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」の欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。 2. この用紙は、日本工業規格 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。								