

処方箋

No. 1943

(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							
公費負担医療の受給者番号							

保険者番号	1 2 4 0 1 6
被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	1234578・12345678 <small>(枝番)</small>

患者	氏名	沼村 伊吹 処方箋 一郎 殿	男
	区分	明・大・ 保 ・平・令 55年 2月 2日生 (被保険者)	被扶養者
	交付年月日	令和 5年 1月 26日	処方箋の使用期間

保険医療機関の所在地及び名称 **千葉県柏市若柴226番地44 ミック歯科医院**
 電話番号 **04-7130-9003**
 保険医氏名 **大谷 純一** 印

都道府県番号	27	点数表番号	3	医療機関コード	7654321
--------	----	-------	---	---------	---------

交付年月日 令和 5年 1月 26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	「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。 カロナール錠200 2T 3回分 朝/昼/夕 毎食後 1錠ずつ服用 以下余白 リフィル可 <input type="checkbox"/> () 回
----	------	---

備考	保険医署名 <small>「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。</small>	麻薬使用者免許番号 患者住所
----	--	-------------------

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 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	印	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、日本工業規格 A 列 5 番とすること。
 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。