

# 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					

患者	氏名	ヨシノケン 伊吹 処方箋 一郎 殿		性別	男
	生年月日	明・大・ <input checked="" type="radio"/> 平・令 55年 2月 2日生			
	区分	<input checked="" type="radio"/> 被保険者		<input type="radio"/> 被扶養者	

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	7	6	5	4	3	2	1
--------	----	-------	---	---------	---	---	---	---	---	---	---

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	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	「個々の処方箋について、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。
	処方	<p>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</p> <p>リフィル可 <input type="checkbox"/> ( ) 回</p>

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。	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。） <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、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。