

処 方 箋

（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）

分割指示に係る処方箋 〃分割の〃回目

公費負担者番号		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 (印)			
		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 (医療上必要)	患者希望	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） への変更が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。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「レ」又は「×」を記載すること。						

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、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命令（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こと。