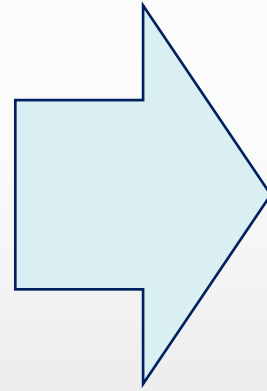


# レーザー用院外処方箋 5317 のデザインが新しくなります

～残薬確認時の対応、リフィル処方箋の患者への認知度向上のためのデザインに変更～

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		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	(後番)
氏名	保険医療機関の所在地及び名称	電話番号	⑩
生年月日	年 月 日生 男・女	保険医氏名	
区分	被保険者 被扶養者	郵便局番号	点数表番号
交付年月日	令和 年 月 日	処方箋の使用期間	令和 年 月 日
変更不可 患者希望 医師記載	<p>個々の処方箋について、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）への変更と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」欄に署名又は記号・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。</p>	<p>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。</p>	
処方	リフィル可 <input type="checkbox"/> ( 回 )		
備考	<p>「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載した場合は、署名又は記号・押印すること。</p> <p>保険医署名 ⑩</p> <p>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</p> <p>調剤実施回数（調剤回数に応じて、<input type="checkbox"/>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。）  <input type="checkbox"/> 1回目調剤日( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回目調剤日( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 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)</p> <p>調剤済年月日 令和 年 月 日</p> <p>公費負担者番号</p> <p>公費負担医療の受給者番号</p> <p>保険薬局の所在地及び名称</p> <p>保険薬剤師名 ⑩</p>		



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		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	(後番)
氏名	保険医療機関の所在地及び名称	電話番号	⑩
生年月日	年 月 日生 男・女	保険医氏名	
区分	被保険者 被扶養者	郵便局番号	点数表番号
交付年月日	令和 年 月 日	処方箋の使用期間	令和 年 月 日
変更不可 患者希望 医師記載	<p>個々の処方箋について、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）への変更と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」欄に署名又は記号・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。</p>	<p>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。</p>	
処方	リフィル可 <input type="checkbox"/> ( 回 ) <b>(※リフィル処方箋とは、症状が安定している患者に発行し、最大3回まで反復利用できる処方箋)</b>		
備考	<p>「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載した場合は、署名又は記号・押印すること。</p> <p>保険医署名 ⑩</p> <p>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"/> 調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供</p> <p>調剤実施回数（調剤回数に応じて、<input type="checkbox"/>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。）  <input type="checkbox"/> 1回目調剤日( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回目調剤日( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 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)</p> <p>調剤済年月日 令和 年 月 日</p> <p>公費負担者番号</p> <p>公費負担医療の受給者番号</p> <p>保険薬局の所在地及び名称</p> <p>保険薬剤師名 ⑩</p>		

従来デザイン

新デザイン

# 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										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	年	月	日生	男・女	電話番号	保険医氏名									

区分	被保険者	被扶養者	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。														
	リフィル可 <input type="checkbox"/> ( 回) ※リフィル処方箋とは、症状が安定している患者に発行し、最大3回まで反復利用できる処方箋																

備考	「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。															
	保険医署名															
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"/> 調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供																

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。)																	
<input type="checkbox"/> 1回目調剤日 ( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回目調剤日 ( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 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 保険薬剤師名																	

※リフィル処方箋とは、症状が安定している患者に発行し、最大3回まで反復利用できる処方箋

調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供