

メディングからのお知らせ

NEW

令和4年診療報酬改定

リフィル処方箋

既製品

院外処方箋 5316

既製品

院外処方箋 5317(レーザー用)

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 (扶養)							
氏名		保険医療機関の所在地		電話番号		保険医氏名					
生年月日		年 月 日		男・女		⑧					
区分		被保険者		被扶養者		療育施設番号		点検表番号		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月以内にも保険薬局に提出すること。			
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）への変更にあし支えがあると判断した場合（「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。） 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。） ☐ 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「✓」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 公費負担医療の受給者番号 保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名 調剤科 薬剤師 計 調剤数量 合計 加算 調剤基本料 調剤手数料 総合計 患者負担金 請求金額 記入項目 備考											

院外処方箋5316

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 (扶養)							
氏名		保険医療機関の所在地		電話番号		保険医氏名					
生年月日		年 月 日		男・女		⑧					
区分		被保険者		被扶養者		療育施設番号		点検表番号		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月以内にも保険薬局に提出すること。			
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）への変更にあし支えがあると判断した場合（「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。） 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。） ☐ 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「✓」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 公費負担医療の受給者番号 保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名 調剤科 薬剤師 計 調剤数量 合計 加算 調剤基本料 調剤手数料 総合計 患者負担金 請求金額 記入項目 備考											

院外処方箋5317(レーザー用)

リフィル可 □ (回)

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。）
☐ 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「✓」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

※オリジナルデザインの処方箋をご利用のお客様へ※

次回ご注文の際には、処方箋様式をリフィル処方箋に対応可能な様式に変更するか否かのご指示を必ずいただきますようお願い申し上げます。