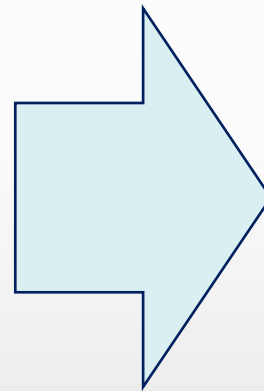


# 院外処方箋(A5) 5316 のデザインが新しくなりました

～後期高齢者の窓口負担割合の見直しに対応したデザインに変更～

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 (校番)				
患者	氏名		保険医療機関の所在地及び名称			電話番号			保険医氏名				
	生年月日	大昭和令	年	月	日	男・女							
	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。	
処方方	変更不可 <input type="checkbox"/> (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」欄に署名又は記名・押印すること。)												
	リフィル可 <input type="checkbox"/> (回)												
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。												
	高1・高7・6歳 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。)													
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。)													
調剤済年月日 令和 年 月 日													
調剤料 薬剤料 計 調剤数量 合計 加算 調剤基本料 患者負担金 請求金額													
薬局記入事項													



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 (校番)				
患者	氏名		保険医療機関の所在地及び名称			電話番号			保険医氏名				
	生年月日	大昭和令	年	月	日	男・女							
	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。	
処方方	変更不可 <input type="checkbox"/> (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」欄に署名又は記名・押印すること。)												
	リフィル可 <input type="checkbox"/> (回)												
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。												
	高9・高8・高7・6歳 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。)													
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。)													
調剤済年月日 令和 年 月 日													
調剤料 薬剤料 計 調剤数量 合計 加算 調剤基本料 患者負担金 請求金額													
薬局記入事項													

従来デザイン

新デザイン