

【既製品 レーザー用院外処方箋5317 仕様変更のお知らせ】

令和6年診療報酬改定に対応した新様式を、9月24日（火）より出荷開始いたします。

※プリンタ印字利用をされているお客様におかれましては、プリンタ印字位置の再調整が必要となる場合がございます。
 お手数をおかけしますが、お客様にて再調整くださいますようお願い申し上げます。

(旧) 既製品5317

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	
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	
区分	被保険者	被扶養者	保険医氏名
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	「個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更を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。」		
患者希望	「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）への変更を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。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。」		
印刷色	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。 保険医署名		
備考	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		
備考	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）		
調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号	
調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担医療の受給者番号	
保険薬局の所在地及び名称	保険薬局の所在地及び名称		
保険薬剤師名	保険薬剤師名		

(新) 既製品5317

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	(特番)
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	
区分	被保険者	被扶養者	保険医氏名
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	「個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更を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。」		
患者希望	「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）への変更を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。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。」		
印刷色	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。 保険医署名		
備考	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		
備考	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）		
調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号	
調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担医療の受給者番号	
保険薬局の所在地及び名称	保険薬局の所在地及び名称		
保険薬剤師名	保険薬剤師名		

変更点

- ①「変更不可」欄の変更
- ②「患者希望」欄の追加
- ③印刷色の変更
(旧)緑→(新)黒

