様式第二号及び様式第二号の二を次のように改める。

様式第二号（第二十三条関係）

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			
	生年月日	明大昭平令　年　月　日	男・女	
	区　分	被保険者	被扶養者	

保険医療機関の所在地及び名称

電　話　番　号

保険医氏名　　㊞

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。） リフィル可　□　（　　回）
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。）
□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「レ」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								
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	㊞						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。