様式第二号の二（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。）

分割指示に係る処方箋　　__分割の__回目

| | | | |
|---|---|---|---|
| 公費負担者番号 | | 保険者番号 | |
| 公費負担医療の受給者番号 | | 被保険者資格に係る記号・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　　印

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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。） |
| | | | |

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　□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<br>保険薬剤師氏名 | 印 | 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。