処　方　箋

（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）

00001

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	テスト　カンジャ テスト　患者	保険医療機関の所在地及び名称	東京都文京区本駒込２－２８－１６ 医療法人　オルカ医院
患者 生年月日	平成１０年　１月　１日　男	電話番号	03-3946-0001
患者 区分	被保険者　割合	保険医氏名	医師　二郎　㊞
交付年月日	令和　６年１０月　１日	都道府県番号 43 / 点数表番号 1 / 医療機関コード 1234567	

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「✓」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。）

１）ルネスタ錠３ｍｇ　２　錠
（　１４日分）

以下余白

リフィル可　□　（　　回）

備考

保険医署名（「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には「✓」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「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	

薬局で記載のこと	型	調剤料	薬剤料	調剤数量	薬剤料計	合計	加算	調剤基本料	薬剤指導料
								保険内点数 / 負担 割	負担金 / 保険外
	備考							患者請求金額	

▼

処　方　箋（控）

（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）

00001

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	テスト　カンジャ テスト　患者	保険医療機関の所在地及び名称	東京都文京区本駒込２－２８－１６ 医療法人　オルカ医院
患者 生年月日	平成１０年　１月　１日　男	電話番号	03-3946-0001
患者 区分	被保険者　割合	保険医氏名	医師　二郎　㊞
交付年月日	令和　６年１０月　１日	都道府県番号 43 / 点数表番号 1 / 医療機関コード 1234567	

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「✓」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。）

１）ルネスタ錠３ｍｇ　２　錠
（　１４日分）

以下余白

リフィル可　□　（　　回）

備考

保険医署名（「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には「✓」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「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	

薬局で記載のこと	型	調剤料	薬剤料	調剤数量	薬剤料計	合計	加算	調剤基本料	薬剤指導料
								保険内点数 / 負担 割	負担金 / 保険外
	備考							患者請求金額	

▲