

記載事例

処方せん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号		保険者番号	2	4	0	1	0	1
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	●●●××××-○○○					

患者	氏名	(さかえまち はなこ) 栄町 花子		保険医療機関の所在地及び名称	三重県亀山市●●町●●●●-●●●●●●クリニック			
	生年月日	明大(昭平) 48年3月25日	男(女)	電話番号	059-●●●●-××××			
	区分	被保険者	被扶養者	保険医氏名	在宅 二郎 (在宅)			
		都道府県番号	2	4	点数表番号	1	医療機関コード	●●●●●●

交付年月日	平成 29 年 10 月 25 日	処方せんの有効期間	(特に記載がある場合を除き、公布)
-------	-------------------	-----------	-------------------

変更不可 (個々の処方薬について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更は差支に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名欄」に署名又は記名を押印すること。)

処方	1) モルヒネ塩酸塩注射液50mg/5mL 10本 大塚生食注50mL 1本 平成29年10月26日10時から持続皮下注、2回分 モルヒネ塩酸塩注射液5本と大塚生食注25mLをシュアフューザーA(50mL)に充填 投与速度 0.5mL/hr、PCA1回量 0.5mL、ロックアウトタイム 30分 モルヒネ1日持続投与量 60mg	注1) 薬剤の名称は「販売名称」+「剤形」+「規格・単位」の記載を確認	注2) 分量は、投与総量の記載を確認
	2) シュアフューザーA PCAセット(50mL) 2セット 以下余白	注3) 用法及び用量を確認し、省略されているときは、疑義照会してその内容を処方せんの備考欄に記載	

備考	保険医署名 ( )	訪問指示
	麻薬施用者免許証番号 ○○-○○	患者住所 亀山市○○町××○○-○

注4) 特定保険医療材料(携帯型ディスプレイポズブル注入ポンプ:PCA型)の「名称」及び「本数又はセット数」の記載を確認

注5) 麻薬処方せんでは、麻薬施用者免許証番号と患者住所の記載を確認

注6) 訪問薬剤管理指導の指示があるときは「訪問指示」等の記載を確認

調剤済年月日	平成 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、日本工業規格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省令(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。

様式第二号(第二十三条関係)