

<記入上のお願い>

注1. 赤色の太枠内に必要事項をご記入ください。⇒【イ. 薬局の基本情報】&【ロ. 処方箋単位の情報】

注2. 【ロ. 処方箋単位の情報】は、電話等で服薬指導を行った処方箋のみについてご記入ください(それ以外の処方箋については記入不要)。

注3. 「注2」のうち、本事業に請求しない処方箋は(たとえば、患家が近隣であるとの理由から無償で届けたケース)、①は空欄のまま、それ以外の項目についてご記入ください。

【イ. 薬局の基本情報】

薬局名	
所在地(都道府県)	
保険薬局コード(10桁の数字を入力)	
当該月のすべての処方箋受付回数	枚

【ロ. 処方箋単位の情報】

月分

↓ 対面または電話等かは問いません。

番号	①	②	③	④	⑤	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪			⑫
	県薬への 請求の有無 該当する ものに○	配送実施日	薬剤の配送方法 項目を選択	処方箋の 備考欄 項目を選択	配送料等 (円) 数字を 入力	処方箋 発行日	当該患者の 過去の 薬局利用 有無を選択	処方医薬品 種類数 数字を 入力	当該処方箋の 最長投与日数 (日分) 数字を入力	調剤した薬剤の剤型 該当するものに○ 内服 吸入 その他			一部負担金等 の徴収方法 項目を選択
例	○	2020/5/15	ア	ア	370	2020/5/15	ア	1	14	○			イ
例	○	2020/5/20	ア	ウ	370	2020/5/19	イ	3	30	○	○		エ
例	○	2020/5/21	イ	ウ	300	2020/5/21	ア	4	30	○		○	エ
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													

※手書き用は記載に必要な部分のみ抜粋してあります