

記載例

様式第二号（第二十三条関係）

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	三重県鈴亀市●●町●●●●-●●●●●●クリニック				
	生年月日	明大 昭平令	48年3月25日	性別	男	電話番号	059-●●●-××××		
	区分	被保険者	被扶養者	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	令和4年4月2日			処方せんの有効期間	平成 年				

処方	変更不可	注1) 薬剤の名称は「販売名称」+「剤形」+「規格・単位」の記載を確認						
	1) モルヒネ塩酸塩注射液50mg/5mL	10本	注2) 分量は、投与総量の記載を確認					
方		大塚生食注50mL	1本	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箋の備考欄に記載				
		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をシュアフェューザー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						
		2) シュアフェューザーA PCAセット(50mL)	2セット					
		以下余白						
		リフィル可 <input type="checkbox"/> (回)						

備考	注4) 特定保険医療材料(携帯型ディスプレイ注入ポンプ:PCA型)の「名称」及び「本数又はセット数」の記載を確認	訪問指示	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					
	麻薬施用者免許証番号 ○○-○○	患者住所 亀山市○○町××○○-○	注5) 麻薬処方箋では、麻薬施用者免許証番号と患者住所の記載を確認					
	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) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供							

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		公費負担医療の受給者番号					
保険薬剤師氏名							

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。