

I 注射薬処方せんの記載事例

記載例1: 中心静脈栄養 (TPN) キット製品への混注

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	3	9	2	4	2	0	7	8
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	(すずか たろう) 鈴鹿 太郎		保険医療機関の所在地及び名称	三重県鈴鹿市●●町●●●-●●●●●●クリニック					
	生年月日	明大 昭平令	9年10月6日	電話番号	0595-●●-××××					
	区分	被保険者	被扶養者	保険医氏名	在宅 一郎 (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	令和 4 年 4 月 2 日	処方せんの有効期間	平成 年 月 日	<small>(特に記載がある場合を除き、公布の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること)</small>
-------	----------------	-----------	----------	--

処方	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) への変更には差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。 〕								
		<p>1) エルネオパNF2号輸液2000mL 14袋 ファモチジン 静注20mg/20mL 28本 平成29年10月26日から10:00に1日1回、持続静注 (中心静脈)、14日分 エルネオパNF2号輸液2000mL 1袋にファモチジン 静注20mg2本を混注 投与速度 80mL/hr</p> <p>2) ヘパリンNaロック用100単位/mLシリンジ 10mL (ルアーロックタイプ) 14本 1日1回、静脈内留置ルートに充填、14日分</p> <p>3) 在宅中心静脈栄養用輸液セット 3セット (1) 本体 (2) 附属品 ① フーバー針 3本</p> <p>以下余白 リフィル可 <input type="checkbox"/> (回)</p>								

備	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。)	訪問指示
---	---	------

- 【チェックポイント】**
- 高カロリー輸液 (エルネオパ2号輸液2000mL 1袋) にファモチジン 静注20mg 2本 (40mg) を混注し、1日1回中心静脈から持続注入する処方です。14日分の処方とその投与総量を記載しています。投与速度は24時間持続静注として算出しています。
 - ヘパリンNaロック用100単位/mLシリンジ10mLは、ルート内をヘパリンロックするための処方です。投与総量を記載しています。
 - 特定保険医療材料である在宅中心静脈栄養用セットは処方箋により薬局で払い出すこともできますが、医科点数表のC-160 在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算2,000点 (6組/月まで) で算定して対応する方が有利です。なお、3)の(1)にはシュアプラグなどの接続アダプターも含まれます。
 - 薬剤師在宅訪問サポートの指示のため、備考欄に「訪問指示」と記載しています。
 - 保険薬局に衛生材料等の提供を指示するときは、備考欄に記載してください。

と読み替えるものとすること。

記載例2: 中心静脈栄養 (TPN) キット製品への混注 (簡易版)

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	3	9	2	4	2	0	7	8
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	(すずか たろう) 鈴鹿 太郎		保険医療機関の所在地及び名称	三重県鈴鹿市●●町●●●●-●●●●●● ●●●●●●クリニック					
	生年月日	明大 昭平令	9年10月6日	男・女	電話番号	0595-●●-××××				
	区分	被保険者	被扶養者		保険医氏名	在宅 一郎 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	令和 4 年 4 月 2 日	処方せんの有効期間	平成 年 月 日	(特に記載がある場合を除き、公布の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること)
-------	----------------	-----------	----------	---

処方	変更不可	(個々の処方薬について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更に差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。)		
		1) エルネオパNF2号輸液2000mL 14袋 ファモチジン 静注20mg/20mL 28本 2) ヘパリンNaロック用100単位/mLシリンジ 10mL (ルアーロックタイプ) 14本 3) 在宅中心静脈栄養用輸液セット (1) 本体 3セット (2) 附属品 ① フーバー針 3本 以下余白		
		リフィル可	<input type="checkbox"/>	(回)

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。) 訪問指示			
	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。) <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				
--------	----------	---------	--	--	--	--

【チェックポイント】

- この注射処方箋は、記載例1の中心静脈栄養(TPN)キット製品への混注処方箋の簡易版となります。
- この処方では、注射薬の混注が必要ですので、薬剤師が必要な内容を処方医に確認する必要があります。ただし、診療情報提供書で必要な情報を提供していただいている場合は確認の必要はありません。

と読み替えるものとする。

記載例3:麻薬(モルヒネ)持続皮下注

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	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	令和4年4月2日	処方せんの有効期間	平成 年 月 日	<small>特に記載がある場合を除き、公布の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること</small>
-------	----------	-----------	----------	--

処方	変更不可	<small>(個々の処方薬について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更に差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。)</small>		
		<p>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</p> <p>2) シュアフューザーA PCAセット(50mL) 2セット</p> <p>以下余白</p> <p>リフィル可 <input type="checkbox"/> (回)</p>		

備考	保険医署名	<small>(「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。)</small>	訪問指示
	麻薬施用者 免許証番号	○○-○○	患者住所 亀山市○○町××○○-○

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。)

- 【チェックポイント】**
- モルヒネ塩酸塩注射液をシュアフューザーA(PCAセット)に充填し、持続皮下注するときの処方です。2回分の処方投与総量を記載していますが、2セットを同時に調製するため生食注は50mL1本となっています。
 - シュアフューザーA(PCAセット)は特定保険医療材料(携帯型ディスポーザル注入ポンプ(PCA型))であるため、処方箋により薬局で払い出すことができます。薬局で払い出すシュアフューザーAは、用法・用量から50mL容量、投与速度0.5mL/hr、PCA1回量0.5mL、ロックアウトタイム30分の規格のものを選択します。なお、用法用量に併せて多様なシュアフューザーを選択することができます。
 - 麻薬処方のため、モルヒネの1日持続投与量及び備考欄に麻薬施用者免許証番号及び患者住所を記載しています。

記載例4:麻薬(モルヒネ)持続皮下注(簡易版)

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 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	令和 4 年 4 月 2 日	処方せんの有効期間	平成 年 月 日	<small>特に記載がある場合を除き、公布の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること</small>
-------	----------------	-----------	----------	--

処方	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)への変更には差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。〕		
		1) モルヒネ塩酸塩注射液50mg/5mL 10本 大塚生食注50mL 1本 2) 携帯型ディスプレイ注ポンプ(PCA型) 2セット 以下余白 リフィル可 <input type="checkbox"/> (回)		

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。〕		
	訪問指示	麻薬施用者 免許証番号 ○○-○○ 患者住所 亀山市○○町××○○-○		

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 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							
--------	----------	---------	--	--	--	--	--	--	--

【チェックポイント】

- この注射処方箋は、記載例3の麻薬(モルヒネ)持続皮下注処方箋の簡易版となります。
- 麻薬の混注(希釈を含む)方法及び携帯型ディスプレイ注ポンプの規格に関する情報等が必要ですので、**薬剤師が必要な内容を処方医に確認する必要があります。**
 ただし、診療情報提供書で必要な情報を提供していただいている場合は確認の必要はありません。

記載例5:末梢静脈栄養(PPN)輸液製剤

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	0	7	7
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	(ひらたつばさ) 平田 翼		保険医療機関の 所在地及び名称	三重県鈴鹿市●●町●●●●-●● ●●●●●●クリニック												
	生年月日	明大 昭	15年12月25日	男・女	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 月 日	<small>(特に記載がある場合を除き、公布の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること)</small>
-------	----------------	---------------	----------	--

処方	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)への変更には差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。 〕			
		<p>1) ビーフリード輸液500mL 7袋 平成29年10月26日から9時に1日1回、点滴静注、7日分 投与速度 240mL/hr</p> <p>2) 生食注シリンジ10mL(ルアーロックタイプ) 7本 1日1回、静脈内留置ルートに充填、7日分</p> <p>以下余白</p> <p>リフィル可 <input type="checkbox"/> (回)</p>			

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。 〕	訪問指示
-------	---	------

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。)

【チェックポイント】

1. ビーフリード輸液500mLを7日間点滴静注するときの処方で、投与総量7袋を記載しています。投与速度は添付文書の「通常、成人500mLあたり120分を基準とし、高齢者、重篤な患者には更に緩徐に注入する。」に準拠して算出しています。
2. 生食注シリンジ10mL(ルアーロックタイプ)はルート内を生食ロックするための処方です。
3. 保険薬局に輸液セット、静脈内留置針、衛生材料等の提供を指示する場合は、備考欄に記載して下さい。費用は医療機関の負担となります。

読み替えるものとする。

記載例6:末梢静脈栄養(PPN)輸液製剤(簡易版)

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	0	7	7
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	(ひらたつばさ) 平田 翼		保険医療機関の所在地及び名称	三重県鈴鹿市●●町●●●-●●●●●●クリニック				
	生年月日	明大 昭平令	15年12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 月 日	<small>(特に記載がある場合を除き、公布の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること)</small>
-------	----------	-----------	----------	--

処方	変更不可	<small>(個々の処方薬について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更には差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。)</small>		
		1) ビーフリード輸液500mL	7袋	
		2) 生食注シリンジ10mL(ルアーロックタイプ)	7本	
		以下余白		
		リフィル可 <input type="checkbox"/> (回)		

保険医署名	<small>(「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。)</small>	訪問指示
<small>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。)</small> <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	
--------	----------	---------	--

【チェックポイント】

- この注射処方箋は、記載例5の末梢静脈栄養(PPN)輸液製剤処方箋の簡易版となります。
- 用法及び用量が記載されていないので、必要に応じて、薬剤師が必要な内容を処方医に確認してください。

み替えるものとする。

記載例7: 電解質輸液維持(3号)液

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	(ひらたさぶろう) 平田 三郎		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 昭平令	37年1月5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 月 日	<small>(特に記載がある場合を除き、公布の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること)</small>
-------	----------------	-----------	----------	--

処方	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)への変更には差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。〕		
		<p>1) ソルデム3A輸液 500mL 7袋 平成29年10月26日から9時に1日1回、点滴静注、7日分 投与速度 400mL/hr</p> <p>2) 生食注シリンジ 10mL(ルアーロックタイプ) 7本 1日1回、静脈内留置ルートに充填、7日分</p> <p>以下余白</p> <p>リフィル可 <input type="checkbox"/> (回)</p>		

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。〕	訪問指示
<p>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。)</p> <p><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</p>		

調剤年月日	平成 年 月 日	公費負担者番号	
-------	----------	---------	--

- 【チェックポイント】**
- ソルデム3A輸液500mLを7日間点滴静注するときの処方で、投与総量7袋を記載しています。投与速度は添付文書の「通常、成人1時間当たり300～500mLを基準とする。」に準拠して算出しています。
 - 生食注シリンジ10mL(ルアーロックタイプ)は、末梢静脈ルート内を生食ロックするための処方です。
 - 保険薬局に輸液セット、静脈内留置針、衛生材料等の提供を指示する場合は、備考欄に記載して下さい。費用は医療機関の負担となります。

み替えるものとする。

記載例8: 電解質輸液維持(3号)液(簡易版)

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	(ひらた さぶろう) 平田 三郎		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 昭平令	37年1月5日	性別	●男●女				
	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
保険医氏名		在宅 二郎		在宅 在宅					

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 月 日	<small>〔特に記載がある場合を除き、公布の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること〕</small>
-------	----------------	-----------	----------	--

処方	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)への変更には差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。〕	
		1) ソルデム3A輸液 500mL	7袋
		2) 生食注シリンジ 10mL(ルアーロックタイプ)	7本
		以下余白	
		リフィル可 (回)	

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。〕	訪問指示

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 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		公費負担医療の受給者番号					

【チェックポイント】

- この注射処方箋は、記載例7の電解質輸液維持(3号)液処方箋の簡易版となります。
- 用法及び用量は記載されていないので、必要に応じて、薬剤師が内容を処方医に確認してください。

み替えるものとする。

記載例9: 抗菌薬(セフトリアキソン)点滴静注用バッグ

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	3	9	2	4	2	0	7	8
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	(しろこ さくら) 白子 さくら		保険医療機関の所在地及び名称	三重県鈴鹿市●●町●●●-●●●●●●クリニック						
	生年月日	明大 昭平令	5年12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 一郎 (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	令和 4 年 4 月 2 日	処方せんの有効期間	平成 年 月 日	<small>(特に記載がある場合を除き、公布の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること)</small>
-------	----------------	-----------	----------	--

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)への変更には差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。)

処方	1) セフトリアキソンナトリウム点滴静注用1gバッグ 5袋 平成29年10月26日から10時に1日1回、点滴静注、5日分 投与速度 180mL/hrで投与
	2) 生食注シリンジ 10mL(ルアーロックタイプ) 5本 1日1回、静脈内留置ルートに充填、5日分 以下余白
	リフィル可 <input type="checkbox"/> (回)

保険医署名 <small>(「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。)</small>	訪問指示
--	------

- 【チェックポイント】**
- セフトリアキソンナトリウム点滴静注用1gバッグを1日1回5日間点滴静注するときの処方で、投与総量5袋を記載しています。
 - 点滴静注を行う場合には、注射用水を用いないこと(溶液が等張にならないため)。点滴静注は30分以上かけて静脈内に注射すること。注1)
 - 本剤を投与する場合は、カルシウムを含有する注射剤又は輸液と同時に投与しないこと。[国外において、新生児に本剤とカルシウムを含有する注射剤又は輸液を同一経路から同時に投与した場合に、肺、腎臓等に生じたセフトリアキソンを成分とする結晶により、死亡に至った症例が報告されている。]注1)
注1)添付文書から引用
 - 生食注シリンジ10mL(ルアーロックタイプ)は末梢静脈ルート内を生食ロックするための処方です。

記載例10: 抗菌薬(セフトリアキソン)点滴静注用バッグ

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	3	9	2	4	2	0	7	8
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	(しろこ さくら) 白子 さくら		保険医療機関の所在地及び名称	三重県鈴鹿市●●町●●●●-●●●●●●クリニック			
	生年月日	明大 昭5年12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 一郎 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	令和4年4月2日	処方せんの有効期間	平成 年 月 日	(特に記載がある場合を除き、公布の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること)
-------	----------	-----------	----------	---

処方	変更不可	(個々の処方薬について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更には差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。)						
		1) セフトリアキソンナトリウム点滴静注用1gバッグ 5袋 2) 生食注シリンジ 10mL(ルアーロックタイプ) 5本 以下余白 リフィル可 <input type="checkbox"/> (回)						

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。) 訪問指示	
---	--

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 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					

- 【チェックポイント】**
- この注射処方箋は、記載例9の抗菌薬(セフトリアキソン)点滴静注用バッグ処方箋の簡易版となります。
 - 用法及び用量は記載されていませんので、必要に応じて、薬剤師が必要な内容を処方医に確認してください。

と読み替えるものとする。