

1/1 処方箋 (この処方箋は、どの薬局でも有効です。)

内科

公費負担者番号		保険者番号	01370014
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	(抜番)
公費負担者番号②		区分 被扶養者	負担率 3割
公費負担医療の受給者番号②		〒769-2788 香川県東かがわ市松原963番地 所在地及び名称 香川県立白鳥病院 電話番号 0879-25-4154	
患者 9990000051 テスト 51 テスト 51 昭和52年05月01日 47才 女性	様	保険医氏名 保険医療機関での : 病200未済 区分	
交付年月日 令和6年10月11日	A	処方箋の使用期間 年 月 日	B 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 保険薬局に提出して下さい。
変更不可 (医薬品名)	患者希望	個々の処方箋について、医薬品名(ジェネリック医薬品)への変更は差し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」欄に署名又は記号・捺印すること。 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「レ」又は「×」を記載すること。	
レ	1) タケプロンOD錠15 ...1日1回 朝食後	1錠 28日分	1錠 28日分

【保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応】

- 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

いずれにチェックがあっても、残薬確認した場合、当院では「**残薬調整後の報告可**」として運用します。

※電子カルテは処方日数を修正時に「**保険医療機関へ情報提供**」に変更します。

調剤済年月日

処方箋取り扱い上の注意事項

★下記検査項目等は、保険調剤薬局の方に薬の内容確認、服薬指導に活用して頂くものです。

検査結果 (直近3ヶ月の検査から)

項目	日付	結果	基準値 (単位)	項目	日付	結果	基準値 (単位)
WBC			0.4-1.0 (mg/dL)				
Hb			12.0-15.0 (g/dL)				
PLT			100-400 (10 ³ /L)				
PT-INR			0.8-1.2				
AST			0-37 (U/L)				
ALT			0-40 (U/L)				
T-Bil			0.0-1.0 (mg/dL)				
BUN			7-20 (mg/dL)				

身長 2020/...

検査結果 左側の...

プロトコル①～⑦に該当する場合は **チェック**を忘れずに

- ①成分名が同一の銘柄変更
- ②剤形の変更
- ③規格の変更
- ④処方日数の適正化(残薬調整)
- ⑤一包化・半割・粉碎・混合調剤
- ⑥外用薬の用法追記
- ⑦薬効に影響する用法の変更 (先発→後発への変更にチェックは不要)

継続が必要な薬剤の日数は **1日以上**で

残薬数も記入 (間違い防止の為)

変更前

1) タケプロンOD錠15 28日分	→	18日分 (10日分残薬あり)
2) ナトリックス錠1mg 1錠 (3日に1回) 28日分	→	10日分 (3日に1回)

奇数の場合などは、不足が生じないように必要な日数で(多い方)で

一包化もここへ (外来服薬支援料算定)

5) ~6) → 一包化

調剤薬局名称・電話番号 ○○薬局(○○)○○○○

調剤年月日 令和7年4月1日

・保険に関する問い合わせは医事会計外来係
TEL番号: 0879-25-5240(直通)

薬局名・電話番号・調剤日は忘れずに