「変更調剤等ＦＡＸ連絡票」の記載方法について

2023.4　香川県立白鳥病院

1/1

内科　**処　方　箋**　（この処方箋は、どの薬局でも有効です。）

公費負担者番号		保険者番号	0 1 3 7 0 0 1 4
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	（枝番）
公費負担者番号②		区分 被保険者	負担率 3割
公費負担医療の受給者番号②		保険医療機関の所在地及び名称	〒769-2788 香川県東かがわ市松原963番地 香川県立白鳥病院
患者	0009000020 テスト　システム００２ テスト　システム００２ 様 昭和50年01月01日　47才　女性	電話番号	0879-25-4154
		保険医氏名	ＯＳＳＣ管理者 ㊞
		保険医療機関での区分	：病200未満
		都道府県番号	3 7
		点数表番号	1
		医療機関コード	7 0 1 0 0 8 0
交付年月日	令和4年02月21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　［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」欄に署名又は記名・押印すること。］

処方

1）　ラニラピッド錠０．０５mg　1錠　28日分
・・・1日1回　朝食後

患者住所　　麻薬施用者免許番号

備考　散剤がmgで記載されている場合は成分（原末）量です。

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。］㊞

自動車運転等に制限のある医薬品が処方されている場合、服薬指導をお願いします。

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　　保険薬局の所在地及び名称　保険薬剤師氏名　㊞

【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．

Rp 番号だけでなく**薬品名**も記入（間違い防止の為）

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			40-80 (10^2/μL)	CRE			0.4-1.0 (mg/dL)
Hb							(mL/分/1.73㎡)
PLT							0-0.3 (mg/dL)
PT-INR							24-195 (IU/L)
AST							4.6-6.2 (%)
ALT							135-147 (mEq/L)
T-Bil							3.5-5.0 (mEq/L)
BUN							

身長　201　　501 ㎡

プロトコル①～⑥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・粉砕・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

変更調剤等ＦＡＸ連絡票　FAX：（0879）－23－

★一般名処方、基礎的医薬品の変更調剤はＦＡＸ不要

残薬数も記入（間違い防止の為）

変更前	変更後
	☑事前合意による変更
1）ラニラピッド錠 0.05mg 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）
5）～6）	→ 一包化
調剤薬局名称・電話番号	○○薬局　0879（○○）○○○○
調剤年月日	令和　4 年 4 月 15 日

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）

・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