

「院外処方箋の正しい書きかた」

— 調剤事故を防ぐために — (改訂 10 版)

処 方 箋														
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)														
公費負担者番号				保険者番号										
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										
				1 2 3 4 5 6										
				123・4567										
患 者	氏 名	かながわ たろう 神奈川 太郎			保険医療機関の所在地及び名称	〒235-0007 横浜市磯子区西町 14-11 県薬医院								
	生年月日	明大 昭平	30年5月29日		性別	電話番号	045-761-3241							
	区 分	被保険者		被扶養者	保険医氏名	県薬 一郎								
		都道府県番号	1	4	点数表番号	1	医療機関コード	1	2	3	4	5	6	7
交付年月日		令和4年5月20日		処方箋の使用期間	令和 年 月 日		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すること。							
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)への変更は差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」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	Rp1 チモプトール点眼液 0.5% 2本													
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 使用回数、使用時点、使用量、使用部位を記載する！ 1日2回 朝、夕 1回1滴 右目 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 使用量を記載！ 5ml 2本 </div> </div>													
		リフィル可 <input type="checkbox"/> ()												
備 考	保険医署名 [「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。] (印)													
	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 調剤実施回数 (調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。) <input type="checkbox"/> 1回目調剤日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回目調剤日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 3回目調剤日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 次回調剤予定日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 次回調剤予定日 (年 月 日)													
調剤年月日		令和 年 月 日			公費負担者番号									
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名		公費負担医療の受給者番号												
		(印)												

『院外処方箋の正しい書きかた』改訂10版発行にあたって

院外処方箋は、日本国内どの薬局に持ち込まれても適切な医薬品提供が行われるために、記載方法が定められています。新型コロナウイルス感染症の影響による生活様式の変化や、今後オンライン診療・オンライン服薬指導が増えると思われ、患者が調剤を受ける薬局は医療機関の近隣から自宅近くの薬局へさらにシフトし、県外の薬局で調剤を受ける患者も増えると予想されます。

もし、処方箋が正しく記載されていないと、医薬品が正しい分量で調剤されなかったり、使用方法が正しく説明されなかったりというリスクが発生してしまいます。

また、麻薬、向精神薬については投与日数制限も遵守されなくてはなりません。万が一、日数制限を超えて投与されてしまったケースで健康被害が生じるような事は絶対に避けなくてはなりません。資料として麻薬・向精神薬投与日数上限一覧を添付しておりますので、ぜひご活用下さい。

近年、医療機関と薬局の連携強化がますます進んでいます。お互いに協力し合い、より良い薬物治療を提供していくためには、処方情報が正しく記載されることが不可欠です。本書が安全で効果的な薬物治療や、多職種連携の一助となれば幸甚であります。

最後に、各自の薬局がコロナ禍の影響を受けながらも、強い責任感をもって本書の編集に取り組まれた神奈川県薬剤師会 医療・介護保険委員会各位に深く謝意を表します。

2022年10月

公益社団法人 神奈川県薬剤師会

会 長 小 川 護

目 次

- P1 ～ 2 院外処方箋の基本的な記載事項
- P3 ～24 処方箋 1～11（誤・適）医科領域
- 処方箋 1：後発品医薬品変更不可例①
 - 処方箋 2：後発品医薬品変更不可例②
 - 処方箋 3：剤型、規格、用法用量未記入例
 - 処方箋 4：用法用量、部位回数未記入例
 - 処方箋 5：インスリン・注射針処方例
 - 処方箋 6：麻薬処方箋例
 - 処方箋 7：特定日服用例
 - 処方箋 8：向精神薬処方例
 - 処方箋 9：検査薬、処置薬等例
 - 処方箋 10：一般名処方例
 - 処方箋 11：ニコチン依存症管理料の算定に伴う処方例
- P25 ～26 処方箋 12～13（誤・適）歯科領域
- 処方箋 12：内服薬処方例
 - 処方箋 13：外用薬処方例
- P27 ～32 「診療報酬請求書等の記載要領等について」の一部改正について
- P33 処方箋には、「用法」が正しく記載されていることが必要です。その理由は？
- P34 ～36 処方箋様式
- P37 ～38 「第3部 検査」、「第9部 処置」及び「第10部 手術」の各部における投薬について
- P39 ～41 麻薬・向精神薬の投与上限日数一覧
- P42 ～43 医師の指示による分割調剤について、残薬調整に係る取り扱いの明確化
- P44 基礎的医薬品について

【別添】歯科適応のある薬剤一覧表（出典：公益社団法人日本歯科医師会「薬価基準による歯科関係薬剤点数表」（令和4年4月1日現在）より）

◇院外処方箋の基本的な記載事項◇

① 患者さんに関する記載事項

「氏名」「生年月日」「性別」「保険者番号・記号番号」「公費番号」「患者区分」「負担割合」

② 保険医療機関に関する記載事項

「名称及び所在地・電話番号」「保険医氏名（保険医氏名は姓名を署名、又は氏名が印刷やゴム印であれば押印する）」「都道府県番号」「点数表番号」「医療機関コード（遡及申請等で医療機関、医療機関コード変更になる場合には行政担当窓口にご確認下さい。）」

処方箋 (この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)										
公費負担者番号			保険者番号							
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						(核番)	
① 患 者	氏名		明大 昭平 令			保険医療機関の所在地及び名称		②		
	生年月日	年月日	男・女	電話番号		②		④		
	区分	被保険者	被扶養者	都道府県番号		点数表番号	医療機関コード			
③ 処 方	交付年月日		令和 年 月 日		処方箋の使用期間		令和 年 月 日		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すること。	
	変更不可		個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に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。							
	⑥		リフィル可 <input type="checkbox"/> (回)							
⑤ 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。			④				
	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									
	調剤実施回数(調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。) <input type="checkbox"/> 1回目調剤日(年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回目調剤日(年 月 日) <input type="checkbox"/> 3回目調剤日(年 月 日) 次回調剤予定日(年 月 日) 次回調剤予定日(年 月 日)									
調剤済年月日		令和 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							

①

③

⑤

⑤ 保険薬局が調剤時残薬を確認した場合、特に指示がある場合に該当する欄に「✓」又は「×」を記載する。

⑥ リフィル処方を行う場合には、「リフィル可」欄に「✓」を記載するとともに、総使用回数（上限3回）を記載する。

処方欄にはリフィル処方箋1回の使用による投与日数（回数）等を記載する。投与量に限度が定められている医薬品及び湿布薬については、リフィル処方を行うことはできない。また、リフィル処方を行う医薬品と行わない医薬品を処方する場合や、リフィル処方によって2種類以上の医薬品を処方する場合に1回の使用による投与日数や使用回数の上限が異なる場合は、処方箋を分ける必要がある。

⑦ 処方欄は、印字又はボールペン等で記載する。訂正には修正液は使わず、2本線で削除し押印する。

処方の終わりには、「㍻」又は「以下余白」の記入をする。（偽造防止のため）

処方欄には、医薬品名・分量・用法・用量・外用の場合の回数、使用部位を記載する。

医薬品名は原則として、薬価基準に記載されている名称を記載すること。また、2つ以上の規格単位がある場合に

③ 交付年・月・日の記載

処方箋を交付した年・月・日を記載する。処方箋の使用期間は交付日を含めて4日以内の場合は記載する必要はない。長期旅行など特殊な理由がある時は、「処方箋使用期間」に有効な年月日を記載する。

④ 「備考欄」には、保険薬局が調剤を行うに当たっての留意事項を記載する。

麻薬を処方する場合は、患者住所・麻薬施用者免許証番号を記載する。2年毎の更新毎に番号が変わるため有効な番号を記載する。

処方箋の使用期間の延長理由・長期投薬を行うときの理由、未就学者の場合は「6歳」、高齢受給者または後期高齢者医療受給対象者であって一般・低所得者の場合は「高一」、高齢受給者または後期高齢者医療受給対象者であって7割給付の患者の場合は「高7」と備考欄に記載する。

処方医が、処方箋に記載した医薬品について後発医薬品に変更することに差し支えがあると判断した場合は、差し支えがあると判断した医薬品ごとに、「処方」欄中の「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載するとともに、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印する。

は、当該規格単位を記載する。

内服薬の記載方法について厚生労働省は1回量記載をあるべき姿として示しているが、現状を考慮して1日量記載で表している。分量・用量は、内服用滴剤、注射薬及び外用薬については投与総量、屯服薬については1回分量を記載する。

(参考)【平成 29 年 5 月 26 日】平成 27 年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
「内服薬処方せんの記載方法標準化の普及状況に関する研究」結果の概要について（情報提供）

<https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anken/hourei/>

処 方 箋
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号						保険者番号		1	2	3	4	5	6
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	123・4567						

患者	氏名	かながわ たろう 神奈川 太郎				保険医療機関の所在地及び名称		〒235-0007 横浜市磯子区西町 14-11 県薬医院									
	生年月日	明大 昭平 30年5月29日			男・女	電話番号		045-761-3241									
	区分	被保険者		被扶養者		都道府県番号	1	4	点数表番号	1	医療機関コード	1	2	3	4	5	6

交付年月日	令和4年6月1日	処方箋の使用期間	令和 年 月 日	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）への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」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。									
	×	Rp. 1 【般】ニフェジピン徐放錠 20mg (24 時間持続)							1 錠		
	分 1 朝食後服用 先発でお願いします。							28 日分			
×	Rp. 2 【般】ファモチジン口腔内崩壊錠 20mg							2 錠			
分 2 朝夕食後服用							28 日分				
×	Rp. 3 メチコバール錠 500 μg							3 錠			
分 3 毎食後							28 日分				
————— 以下 余白 —————											
リフィル可 <input type="checkbox"/> (回)											

備考	保険医署名	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。 </div>									
	県薬 一郎 県薬										
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 調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。） <input type="checkbox"/> 1回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 2回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 3回目調剤日（ 年 月 日） 次回調剤予定日（ 年 月 日） 次回調剤予定日（ 年 月 日）											

調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号									
保険薬局の所在地及び名称	印	公費負担医療の受給者番号									
保険薬剤師氏名											



処 方 箋
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号						保険者番号		1	2	3	4	5	6
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	123・4567						

患者	氏名	かながわ たろう 神奈川 太郎				保険医療機関の所在地及び名称		〒235-0007 横浜市磯子区西町 14-11 県薬医院								
	生年月日	明大 昭平 30年5月29日 令	男・女		電話番号		045-761-3241									
	区分	被保険者	被扶養者		都道府県番号	1	4	点数表番号	1	医療機関コード	1	2	3	4	5	6

交付年月日	令和4年6月1日	処方箋の使用期間	令和 年 月 日	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すること。
-------	----------	----------	----------	--

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、「変更不可」欄に「✓」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。				
×	Rp. 1	アダラートCR錠 20mg 分1 朝食後服用		1錠 28日分	
×	Rp. 2 【般】	ファモチジン口腔内崩壊錠 20mg 分2 朝夕食後服用		2錠 28日分	
×	Rp. 3	メチコパール錠 500μg 分3 毎食後服用		3錠 28日分	
——— 以下 余白 ———					
リフィル可 <input type="checkbox"/> (回)					

備考	保険医署名	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。 </div>	
	県薬 一郎	(県薬)	
	ここに処方医がメチコパールで調剤しなければならないと考える理由を記載		
	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 調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。） <input type="checkbox"/> 1回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 2回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 3回目調剤日（ 年 月 日） 次回調剤予定日（ 年 月 日） 次回調剤予定日（ 年 月 日）		

調剤済年月日	令和 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	(印)						

【チェックポイント】

- ① 一般名処方の趣旨からして、一般名処方に対して「変更不可」欄に「✓」又は「×」が記載されることはあり得ないものであること(平成24年 保険発 0305 第13号)。
- ② メチコパールは後発品のため変更不可とする場合にはその理由を処方箋に記載する必要がある。



処 方 箋
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号		保険者番号	1	2	3	4	5	6
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	123・4567					

患 者	氏名	かながわ たろう 神奈川 太郎		保険医療機関の 所在地及び名称		〒235-0007 横浜市磯子区西町 14-11 県薬医院								
	生年月日	明大 昭平 30年5月29日	男・女	電話番号		045-761-3241								
	区分	被保険者	被扶養者		保険医氏名		県薬 一郎 県薬							
		都道府県 番号	1	4	点数表 番号	1	医療機関 コード	1	2	3	4	5	6	7

交付年月日	令和4年6月1日	処方箋の 使用期間	令和 年 月 日	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、「変更不可」欄に「✓」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。									
	×	Rp. 1 ドネペジル塩酸塩 OD フィルム 10mg 「EE」 1錠 分1 朝食後 28日分 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「✓」又は「×」を記載した 場合は、署名又は記名・押印すること。 県薬 一郎 県薬									
	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 調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。） <input type="checkbox"/> 1回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 2回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 3回目調剤日（ 年 月 日） 次回調剤予定日（ 年 月 日） 次回調剤予定日（ 年 月 日）										

調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号						
保険薬局の 所在地及び名称 保険薬剤師氏名	印	公費負担医療の 受給者番号						




処 方 箋
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号								保険者番号		1	2	3	4	5	6
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	123・4567						

患 者	氏名	かながわ たろう 神奈川 太郎		保険医療機関の 所在地及び名称	〒235-0007 横浜市磯子区西町 14-11 県薬医院									
	生年月日	明大 昭平 30年5月29日	男・女	電話番号	045-761-3241									
	区分	被保険者	被扶養者	保険医氏名	県薬 一郎 									
		都道府県 番号	1	4	点数表 番号	1	医療機関 コード	1	2	3	4	5	6	7

交付年月日	令和4年6月1日	処方箋の 使用期間	令和 年 月 日	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）への変更にし支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」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。		
	×	Rp. 1 ドネペジル塩酸塩 OD フィルム 10mg 「EE」		1錠 28日分
		分1 朝食後		
		————— 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「✓」又は「×」を記載した 場合は、署名又は記名・押印すること。		
		県薬 一郎 		
	フィルム製剤は当該品目のみであるため			
	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			
	調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。）			
	□1回目調剤日（ 年 月 日） □2回目調剤日（ 年 月 日） □3回目調剤日（ 年 月 日）			
	次回調剤予定日（ 年 月 日） 次回調剤予定日（ 年 月 日）			

調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号					
保険薬局の 所在地及び名称 保険薬剤師氏名		公費負担医療の 受給者番号					

【チェックポイント】

処方時に後発医薬品の銘柄を記載した上で変更不可とする場合には、処方箋にその理由を記載すること。



処 方 箋
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号								保険者番号		1	2	3	4	5	6
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	123・4567						

患 者	氏名	かながわ たろう 神奈川 太郎					保険医療機関の 所在地及び名称 〒235-0007 横浜市磯子区西町 14-11 県薬医院 電話番号 045-761-3241 保険医氏名 県薬 一郎 県薬											
	生年月日	明大 昭平 30年5月29日				男			女									
	区分	被保険者		被扶養者					都道府県 番号	1	4	点数表 番号	1	医療機関 コード	1	2	3	4

交付年月日	令和4年6月1日	処方箋の 使用期間	令和 年 月 日	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）への変更にし支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」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。																	
		Rp. 1 シングレア錠 10mg 1×14 日分 Rp. 2 ツムラ No.29 3P 3×14 日分 Rp. 3 シムビコート 2キット ————— 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「✓」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。																
		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 調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。） <input type="checkbox"/> 1回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 2回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 3回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 次回調剤予定日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 次回調剤予定日（ 年 月 日）																

調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号																		
保険薬局の 所在地及び名称 保険薬剤師氏名	(印)					公費負担医療の 受給者番号														

誤

処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号								保険者番号		1	2	3	4	5	6
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	123・4567						

患者	氏名	かながわ たるう 神奈川 太郎				保険医療機関の所在地及び名称		〒235-0007 横浜市磯子区西町 14-11 県薬医院									
	生年月日	明大 昭平 30年5月29日 令	男	女	電話番号		045-761-3241										
	区分	被保険者		被扶養者		都道府県番号	1	4	点数表番号	1	医療機関コード	1	2	3	4	5	6

交付年月日	令和4年6月1日	処方箋の使用期間	令和 年 月 日	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、「変更不可」欄に「✓」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。													
		Rp. 1	シングレア錠 10mg										1錠		
			分 1 就寝前服用										14日分		
		Rp. 2	ツムラ麦門冬湯エキス顆粒（医療用）										9g		
			分 3 毎食間服用										14日分		
		Rp. 3	シムビコートタービューヘイラー60吸入										2キット		
			1日2回吸入（1回2吸入）												
			発作時1吸入追加 1日最大8吸入												
			————— 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「✓」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。													
		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 調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。） <input type="checkbox"/> 1回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 2回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 3回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 次回調剤予定日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 次回調剤予定日（ 年 月 日）													

調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号					
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	(印)	公費負担医療の受給者番号					

【チェックポイント】

- ① 剤形、規格（含量）単位、服用時点を記載する。
 シングレアには、成人用の5mg錠、10mg錠、OD10mg錠と小児用のチュアブル錠5mg、細粒4mgがある。
- ② 略語は認められない。用量、服用時点を記載する。散剤の用量は包数ではなく、g数で記載する。ただし薬価収載単位が包数単位の薬品は包数で処方する。
- ③ 規格（含量）単位、使用回数、使用量を記載する
 シムビコートには30吸入用と60吸入用がある。本剤は用量が固定ではなく発作時の頓用吸入も認められており、屯用吸入もさせる場合には明記する。



処 方 箋
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号										保険者番号		1	2	3	4	5	6
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	123・4567						

患者	氏名	かながわ たろう 神奈川 太郎				保険医療機関の 所在地及び名称		〒235-0007 横浜市磯子区西町 14-11 県薬医院									
	生年月日	明大 昭平 30年5月29日		男・女		電話番号		045-761-3241									
	区分	被保険者		被扶養者		都道府県 番号	1	4	点数表 番号	1	医療機関 コード	1	2	3	4	5	6

交付年月日	令和4年6月1日	処方箋の 使用期間	令和 年 月 日	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）への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」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。															
		Rp. 1	RVGO 用法口授	1本													
		Rp. 2	アドフィード 医師の指示通り	3P													
		Rp. 3	ロキソニン錠	10T													
		————— 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「✓」又は「×」を記載した 場合は、署名又は記名・押印すること。													
	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 調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。） <input type="checkbox"/> 1回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 2回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 3回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 次回調剤予定日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 次回調剤予定日（ 年 月 日）														

調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号							
保険薬局の 所在地及び名称 保険薬剤師氏名	(印)		公費負担医療の 受給者番号						



処 方 箋
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号								保険者番号		1	2	3	4	5	6
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	123・4567						

患 者	氏名	かながわ たろう 神奈川 太郎				保険医療機関の 所在地及び名称		〒235-0007 横浜市磯子区西町 14-11 県薬医院									
	生年月日	明大 昭平 令	30年5月29日			(男)・女	電話番号	045-761-3241									
	区分	(被保険者)		被扶養者		都道府県 番号	1	4	点数表 番号	1	医療機関 コード	1	2	3	4	5	6

交付年月日	令和4年6月1日	処方箋の 使用期間	令和 年 月 日	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 保険薬局に提出すること。
-------	----------	--------------	----------	--

	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「✓」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		Rp. 1 リンデロン-VG軟膏 0.12% 5g 1日2回 朝、夕 右手指に塗布													
		Rp. 2 アドフィードパップ 40mg 18枚 1日2回 朝、夕 1回1枚腰に貼付													
		Rp. 3 ロキソニン錠 60mg 1錠 腰痛時、屯服 10回分 (1日2回まで4~6時間あける) ————— 以下 余白 ————— リフィル可 <input type="checkbox"/> (回)													

	保険医署名	「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。												
備 考	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													
	調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。） <input type="checkbox"/> 1回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 2回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 3回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 次回調剤予定日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 次回調剤予定日（ 年 月 日）													

調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号					
保険薬局の 所在地及び名称 保険薬剤師氏名	(印)		公費負担医療の 受給者番号				

【チェックポイント】

- ① 略語は認められない。外用薬は使用回数、使用部位（体・全身などあいまいな指示ではなく、具体的に）、および投与総量を記載する。リンデロンVG軟膏には5g、10gなどの包装がある。
- ② ①と同様に使用回数、使用部位（体・全身などあいまいな指示ではなく、具体的に）、投与総量の他1回分の使用枚数及び1日当たりの使用回数又は投与日数を記載する。アドフィードパップには80mgと40mgがある。またアドフィードパップ40mgには、6枚、7枚入りがある。
- ③ 屯服薬は1回分の投与量、服用時点、投与回数などを記載する。「用法口授」「医師の指示通り」等の場合は、疑義照会の対象となる。



処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号								保険者番号		1	2	3	4	5	6				
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	123・4567										
患者	氏名	かながわ じろう 神奈川 次郎					保険医療機関の 所在地及び名称												
	生年月日	明大 昭平 18年7月2日				男・女	電話番号												
	区分	被保険者				被扶養者		都道府県 番号	1	4	点数表 番号	1	医療機関 コード	1	2	3	4	5	6
交付年月日	令和4年6月1日					処方箋の 使用期間	令和 年 月 日					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）への変更にし支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」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。																	
		Rp. 1 ノボラピッド 3筒 ————— 以下 余白 ————— リフィル可 <input type="checkbox"/> (回)																	



処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号								保険者番号		1	2	3	4	5	6				
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	123・4567										
患者	氏名	かながわ じろう 神奈川 次郎					保険医療機関の 所在地及び名称												
	生年月日	明大 昭平 18年7月2日				男・女	電話番号												
	区分	被保険者				被扶養者		都道府県 番号	1	4	点数表 番号	1	医療機関 コード	1	2	3	4	5	6
交付年月日	令和4年6月1日					処方箋の 使用期間	令和 年 月 日					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）への変更にし支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」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。																	
		Rp. 1 ナノパスニードル 42本 ————— 以下 余白 ————— リフィル可 <input type="checkbox"/> (回)																	

処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号						保険者番号		1	2	3	4	5	6				
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	123・4567										
患者	氏名	かながわ じろう 神奈川 次郎				保険医療機関の 所在地及び名称	〒235-0007 横浜市磯子区西町 14-11 県薬医院										
	生年月日	明大 昭平 18年7月2日 令			性別	男・女	電話番号	045-761-3241									
	区分	被保険者		被扶養者		都道府県 番号	1	4	点数表 番号	1	医療機関 コード	1	2	3	4	5	6
交付年月日	令和4年6月1日		処方箋の 使用期間			令和 年 月 日	特記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）への変更差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」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 style="text-align: center;">Rp. 1 ノボラピッド注フレクスタッチ 3筒</p> <p style="text-align: center;">1日2回 朝夕食前30分以内</p> <p style="text-align: center;">朝13単位 夕13単位</p> <p style="text-align: center;">Rp. 2 ナノパスニードルII 34G4mm 70本</p> <p style="text-align: center;">————— 以下 余白 —————</p> <p style="text-align: center;">リフィル可 <input type="checkbox"/> (回)</p>															
備考	保険医署名	「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。															
	高7	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 調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。） <input type="checkbox"/> 1回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 2回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 3回目調剤日（ 年 月 日） 次回調剤予定日（ 年 月 日） 次回調剤予定日（ 年 月 日）															
調剤済年月日	令和 年 月 日		公費負担者番号														
保険薬局の 所在地及び名称 保険薬剤師氏名			(印)	公費負担医療の 受給者番号													



【チェックポイント】

インスリンには多数の規格がある。注射薬は1回当りの投与量、使用回数、使用時点等を記載する。

- ① 注射針には多数の規格がある。正確な名称と針の太さ（G ゲージ）や長さの単位を記載する。
- ② 注射針は注射薬と同時に処方されていること。

1本3ml 300単位入り、1回13単位。よって $900 \div 15 (13 + \text{空打ち} 2) = 60$ 本。
針の破損や包装単位（1袋14本入り）を考慮して ≈ 70 本とした。

参考 医科診療報酬点数表に関する事項（通知）より

（第2章 特掲診療料＞第5部 投薬＞第5節 F400 処方箋料（9））

注射器、注射針又はその両者のみを処方箋により投与することは認められない。

処 方 箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号								保険者番号		1	2	3	4	5	6
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	123・4567						

患 者	氏名	かながわ たろう 神奈川県 太郎					保険医療機関の 所在地及び名称 〒235-0007 横浜市磯子区西町 14-11 県薬医院 電話番号 045-761-3241 保険医氏名 県薬 一郎 県薬										
	生年月日	明大 昭 平 30年5月29日			男 ・女												
	区分	被保険者		被扶養者		都道府県 番号			1	4	点数表 番号	1	医療機関 コード	1	2	3	4

交付年月日	令和4年6月1日	処方箋の 使用期間	令和 年 月 日	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 保険薬局に提出すること。
-------	----------	--------------	----------	--

誤

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）への変更にし差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」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		Rp. 1 デュロテップパッチ 3枚 <p style="text-align: center;">————— 以下 余白 —————</p>	
		リフィル可 <input type="checkbox"/> (回)	

備 考	保険医署名 「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載した 場合は、署名又は記名・押印すること。	
	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 調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。） <input type="checkbox"/> 1回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 2回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 3回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 次回調剤予定日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 次回調剤予定日（ 年 月 日）	

調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号					
保険薬局の 所在地及び名称 保険薬剤師氏名	印	公費負担医療の 受給者番号					

処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号								保険者番号		1	2	3	4	5	6
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	123・4567						

患者	氏名	かながわ たろう 神奈川 太郎					保険医療機関の所在地及び名称		〒235-0007 横浜市磯子区西町 14-11 県薬医院									
	生年月日	明大 昭平 30年5月29日			男・女		電話番号		045-761-3241									
	区分	被保険者			被扶養者		都道府県番号	1	4	点数表番号	1	医療機関コード	1	2	3	4	5	6

交付年月日	令和4年6月1日	処方箋の使用期間	令和 年 月 日	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、「変更不可」欄に「✓」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。														
		Rp. 1 デュロテップパッチ MTパッチ 2.1mg 3枚 3日に1枚（72時間毎）貼付 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「✓」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。													
		麻薬施用者免許証番号：1234567患者住所：横浜市磯子区東町 13-12 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 調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。） <input type="checkbox"/> 1回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 2回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 3回目調剤日（ 年 月 日） 次回調剤予定日（ 年 月 日） 次回調剤予定日（ 年 月 日）													

調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号														
保険薬局の所在地及び名称	印	公費負担医療の受給者番号														

【チェックポイント】

- ① デュロテップMTパッチは麻薬の為、備考欄に麻薬施用者免許証番号、患者住所を記載する。
- ② 処方箋の記載事項を訂正する場合は、訂正する事項を二本線で抹消し、正しい事項を記載する。また、抹消した箇所には訂正印（上記「保険医氏名」欄と同じ印鑑）を押す。
- ③ 規格（含量）単位、使用方法を記載する。デュロテップMTパッチはデュロテップパッチを改良したもので2.1mg、4.2mg、8.4mg、12.6mg、18.6mgの規格がある。デュロテップパッチは2010年3月に薬価削除されている。
- ④ フェンタニル貼付剤（デュロテップMTパッチ・ワンデュロパッチ・フェントステープ）を慢性疼痛で処方する場合には、適正流通管理のため処方医師のe-learning受講と患者への確認書の交付が必要である。なお、確認書の有効期限は1年間である。

<http://www.pref.kanagawa.jp/uploaded/attachment/681152.pdf>



処 方 箋
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号											保険者番号		1	2	3	4	5	6
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	123・4567						

患者	氏名	かながわ たろう 神奈川 太郎				保険医療機関の所在地及び名称 〒235-0007 横浜市磯子区西町 14-11 県薬医院 電話番号 045-761-3241 保険医氏名 県薬 一郎 (県薬)																
	生年月日	明大 昭平 30年5月29日			男			女														
	区分	被保険者		被扶養者				都道府県番号	1	4	点数表番号	1	医療機関コード	1	2	3	4	5	6	7		

交付年月日	令和4年6月1日	処方箋の使用期間	令和 年 月 日	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すること。
-------	----------	----------	----------	--

処方	変更不可	個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更には、「変更不可」欄に「✓」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。																	
		Rp. 1 リウマトレックスカプセル 2Cap 2×朝夕食後 4日分 Rp. 2 リウマトレックスカプセル 1Cap 1×朝食後 4日分 ————— 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「✓」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。												
		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 調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。） <input type="checkbox"/> 1回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 2回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 3回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 次回調剤予定日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 次回調剤予定日（ 年 月 日）												

調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号																			
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	(印)										公費負担医療の受給者番号										



処方箋
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号						保険者番号		1	2	3	4	5	6
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	123・4567						

患者	氏名	かながわ たろう 神奈川 太郎				保険医療機関の所在地及び名称 〒235-0007 横浜市磯子区西町 14-11 県薬医院 電話番号 045-761-3241 保険医氏名 県薬 一郎											
	生年月日	明大 昭平 30年5月29日 令			男・女												
	区分	被保険者		被扶養者				都道府県番号	1	4	点数表番号	1	医療機関コード	1	2	3	4

交付年月日	令和4年6月1日	処方箋の使用期間	令和 年 月 日	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、「変更不可」欄に「✓」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。											
		Rp. 1 リウマトレックスカプセル2mg 木曜日 分2 朝夕食後服用						2Cap 4日分（実日数）					
		Rp. 2 リウマトレックスカプセル2mg 金曜日 分1 朝食後服用						1Cap 4日分（実日数）					
		※ 日数は実日数である。 _____ 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「✓」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。											
		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 調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。） <input type="checkbox"/> 1回目調剤日（ 年 月 日 ） <input type="checkbox"/> 2回目調剤日（ 年 月 日 ） <input type="checkbox"/> 3回目調剤日（ 年 月 日 ） <input type="checkbox"/> 次回調剤予定日（ 年 月 日 ） <input type="checkbox"/> 次回調剤予定日（ 年 月 日 ）											

調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号											
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名		公費負担医療の受給者番号											

【チェックポイント】

- ① 特定日に服用させる用法は、実日数により服用時点（服用する曜日・隔日等の服用間隔）を明記する。
- ② リウマトレックスの投与方法は、上記の1週間単位の投与量を3回（12時間毎）に分割投与する用法の他に、平成23年2月に1週間単位の投与量を1回または2回（12時間毎）に分割して投与する用法も承認された。



処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号											保険者番号					
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	123・4567				

患者	氏名	かながわ たらう 神奈川県 太郎				保険医療機関の所在地及び名称 〒235-0007 横浜市磯子区西町 14-11 県薬医院 電話番号 045-761-3241 保険医氏名 県薬 一郎											
	生年月日	明大 昭平 30年5月29日			男												
	区分	被保険者		被扶養者				都道府県番号	1	4	点数表番号	1	医療機関コード	1	2	3	4

交付年月日	令和4年6月1日	処方箋の使用期間	令和 年 月 日	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）への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」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。														
		Rp. 1 ラボナ錠 50mg 分1 就寝前服用										1錠 56日分				
		————— 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「✓」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。													
		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 調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。） <input type="checkbox"/> 1回目調剤日（ 年 月 日 ） <input type="checkbox"/> 2回目調剤日（ 年 月 日 ） <input type="checkbox"/> 3回目調剤日（ 年 月 日 ） 次回調剤予定日（ 年 月 日 ） 次回調剤予定日（ 年 月 日 ）													

調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号																
保険薬局の所在地及び名称	(印)										公費負担医療の受給者番号							



処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号								保険者番号		1	2	3	4	5	6
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	123・4567						

患者	氏名	かながわ たろう 神奈川県 太郎				保険医療機関の所在地及び名称		〒235-0007 横浜市磯子区西町 14-11 県薬医院									
	生年月日	明大 昭和 30年5月29日		男・女		電話番号		045-761-3241									
	区分	被保険者		被扶養者		都道府県番号	1	4	点数表番号	1	医療機関コード	1	2	3	4	5	6

交付年月日	令和4年6月1日	処方箋の使用期間	令和 年 月 日	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すること。
-------	----------	----------	----------	--

処方方	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、「変更不可」欄に「✓」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 style="text-align: center;">Rp. 1 ラボナ錠 50mg 1錠</p> <p style="text-align: center;">分1 就寝前服用 30日分</p> <p style="text-align: center;">————— 以下 余白 —————</p> <p style="text-align: center;">リフィル可 <input type="checkbox"/> (回)</p>													

備考	保険医署名	「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。												
	<p style="color: red; text-align: center;">海外旅行のため長期処方</p> <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 style="text-align: center;"><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> <p>調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。）</p> <p>□1回目調剤日（ 年 月 日） □2回目調剤日（ 年 月 日） □3回目調剤日（ 年 月 日）</p> <p>次回調剤予定日（ 年 月 日） 次回調剤予定日（ 年 月 日）</p>													

調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号														
保険薬局の所在地及び名称			(印)		公費負担医療の受給者番号											

【チェックポイント】

- ① 1回に14日分を限度とされている内服薬又は外用薬についても、長期の海外旅行等特殊の事情がある場合は、必要最小限の範囲において、1回30日分を限度として投与できる。
- ② 長期投与可能な特殊の事情とは、長期の海外旅行、年末年始、ゴールデンウィークのような連休のみであり、国内旅行やお盆休み等は該当しない。
- ③ 平成30年4月よりタペンタドール、ヒドロモルフォン[®]の処方日数制限が14日から30日へ延長された。上記ラボナやノルスパンテープなど依然として14日までのものも存在する。
- ③ ノルスパンテープは7日に1枚貼付のため、一回の処方量は2枚までとなる。



処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号							保険者番号								
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	123・4567							

患者	氏名	かながわ たろう 神奈川 太郎					保険医療機関の所在地及び名称		〒235-0007 横浜市磯子区西町 14-11 県薬医院									
	生年月日	明大 昭平 30年5月29日				男	電話番号	045-761-3241										
	区分	被保険者			被扶養者		都道府県番号	1 4		点数表番号	1		医療機関コード	1 2 3 4 5 6 7				

交付年月日	令和4年6月1日	処方箋の使用期間	令和 年 月 日	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）への変更にし支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」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>Rp. 1 ラックビー微粒N 3g 分3 毎食後服用 14日分</p> <p>Rp. 2 プルゼニド錠 12mg 2錠 検査前日就寝前に服用 1回分</p> <p>Rp. 3 ニフレック配合内用剤 1袋 検査当日の朝服用 1回分</p> <p style="text-align: center;">————— 以下 余白 —————</p> <p style="text-align: center;">リフィル可 <input type="checkbox"/> (回)</p>												

備考	保険医署名	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。 </div>												
		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 調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。） <input type="checkbox"/> 1回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 2回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 3回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 次回調剤予定日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 次回調剤予定日（ 年 月 日）												

調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号													
保険薬局の所在地及び名称	(印)					公費負担医療の受給者番号									



処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号											保険者番号		1	2	3	4	5	6
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	123・4567						

患者	氏名	かながわ たろう 神奈川 太郎					保険医療機関の所在地及び名称 〒235-0007 横浜市磯子区西町 14-11 県薬医院 電話番号 045-761-3241 保険医氏名 県薬 一郎 県薬		都道府県番号 1 4 点数表番号 1 医療機関コード 1 2 3 4 5 6 7	
	生年月日	明大 昭 平 30年5月29日 男 ・女								
	区分	被保険者 被扶養者								

交付年月日	令和4年6月1日	処方箋の使用期間	令和 年 月 日	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）への変更にし支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」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。							
		Rp. 1 ラックビー微粒N 3g 分3回 毎食後服用 14日分 ———— 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「✓」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。								
		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 調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。） <input type="checkbox"/> 1回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 2回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 3回目調剤日（ 年 月 日） 次回調剤予定日（ 年 月 日） 次回調剤予定日（ 年 月 日）								

調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号							
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	EJ	公費負担医療の受給者番号							

【チェックポイント】

- ① Rp2 は検査前投薬、検査食、検査時使用薬は、医療機関側の診療報酬に含有されているので、院外処方にて投薬することはできない。
- ② Rp3 は医療機関にて投薬する。同様に、医療機関内において診察時・処置時に使用する薬剤を院外処方にて投薬することもできない。

※詳細は巻末参照のこと



処方箋
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号											保険者番号		1	2	3	4	5	6
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	123・4567						

患者	氏名	かながわ たろう 神奈川 太郎				保険医療機関の 所在地及び名称 〒235-0007 横浜市磯子区西町 14-11 県薬医院 電話番号 045-761-3241 保険医氏名 県薬 一郎											
	生年月日	明大 昭平 30年5月29日			男												
	区分	被保険者		被扶養者				都道府県 番号	1	4	点数表 番号	1	医療機関 コード	1	2	3	4

交付年月日	令和4年6月1日	処方箋の 使用期間	令和 年 月 日	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 保険薬局に提出すること。
-------	----------	--------------	----------	--

処方方	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、「変更不可」欄に「✓」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。																	
		Rp. 1 リンデロン-VG軟膏0.12% 10g 1本 1日2回 朝、夕 右手指に塗布 Rp. 2 クレストール錠2.5mg 2錠 分1 夕食後服用 30日分 5mg錠でも可 _____ 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「✓」又は「×」を記載した 場合は、署名又は記名・押印すること。																	
		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 調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。） <input type="checkbox"/> 1回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 2回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 3回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 次回調剤予定日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 次回調剤予定日（ 年 月 日）																	

調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号																	
保険薬局の 所在地及び名称 保険薬剤師氏名	(印)										公費負担医療の 受給者番号								



処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号								保険者番号		1	2	3	4	5	6
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	123・4567						

患者	氏名	かながわ たろう 神奈川 太郎				保険医療機関の所在地及び名称		〒235-0007 横浜市磯子区西町 14-11 県薬医院									
	生年月日	明大 昭平 令	30年5月29日		男・女	電話番号	045-761-3241										
	区分	被保険者		被扶養者		都道府県番号	1	4	点数表番号	1	医療機関コード	1	2	3	4	5	6

交付年月日	令和4年6月1日	処方箋の使用期間	令和 年 月 日	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）への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」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>Rp. 1 リンデロン-VG軟膏 0.12% 10g 1日2回 朝、夕 右手指に塗布</p> <p>Rp. 2 【般】ロスバスタチン錠 5mg 1錠 分1 夕食後服用 30日分 _____ 以下 余白 _____ リフィル可 <input type="checkbox"/> (回)</p>													

備考	保険医署名	「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。													
		<p>代替・変更調剤する場合の照会不要。調剤した銘柄報告はお薬手帳にて代用可。</p> <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。） <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 調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。） <input type="checkbox"/> 1回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 2回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 3回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 次回調剤予定日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 次回調剤予定日（ 年 月 日）</p>													

調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号													
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	①	公費負担医療の受給者番号													

【チェックポイント】

- ① 薬価収載単位に基づき総量で記載する。リデ〇〇 VG 軟膏の場合には1g単位となっているため10gと記載する。但し、加工点眼液のように薬価収載単位が1瓶となっている場合には本数を記載する。
- ② 一般名処方の場合には、類似剤型後発品 5mg 錠(口腔内崩壊錠も含む)に事後報告で変更できが、先発品の外注品 OD 錠 5mg で投薬せざるを得ない場合には、調剤前の疑義照会の対象となる。省略しても問題ない場合には、備考欄に「剤形変更可」などのコメントを記載する。
- ③ リデ〇〇 VG 軟膏は基礎的医薬品に指定されているが、指定される以前に変更調剤が認められていたものについては、従来と同様に変更調剤が可能である。また、一般名処方にした場合でも、調剤した銘柄の報告がお薬手帳で代用しても問題ない場合には、備考欄にその旨を記載する。



処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号												保険者番号								
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	123・4567							

患者	氏名	かながわ たらう 神奈川県 太郎					保険医療機関の所在地及び名称 〒235-0007 横浜市磯子区西町 14-11 県薬医院 電話番号 045-761-3241 保険医氏名 県薬 一郎 (県薬)													
	生年月日	明大 昭平 30年5月29日				男														
	区分	被保険者		被扶養者			都道府県番号	1	4	点数表番号	1	医療機関コード	1	2	3	4	5	6	7	

交付年月日	令和4年6月1日	処方箋の使用期間	令和 年 月 日	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、「変更不可」欄に「✓」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。																	
		Rp. 1 チャンピックス錠 0.5mg 分1 朝食後服用 Rp. 2 チャンピックス錠 0.5mg 分2 朝夕食後服用 (①に続いて服用) Rp. 3 チャンピックス錠 1mg 分2 朝夕食後服用 (②に続いて服用)												1錠 3日分 2錠 4日分 2錠 7日分					
		_____ 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「✓」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。																	
		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 調剤実施回数 (調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。) <input type="checkbox"/> 1回目調剤日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回目調剤日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 3回目調剤日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 次回調剤予定日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 次回調剤予定日 (年 月 日)																	

調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号																		
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	(印)										公費負担医療の受給者番号									



処 方 箋
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号								保険者番号		1	2	3	4	5	6
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	123・4567						

患 者	氏名	かながわ たろう 神奈川 太郎				保険医療機関の所在地及び名称		〒235-0007 横浜市磯子区西町 14-11 県薬医院									
	生年月日	明大 昭平 令	30年5月29日		男	電話番号	045-761-3241										
	区分	被保険者		被扶養者		都道府県番号	1	4	点数表番号	1	医療機関コード	1	2	3	4	5	6

交付年月日	令和4年6月1日	処方箋の使用期間	令和 年 月 日	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）への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」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 style="text-align: center;">Rp. 1 チャンピックス錠 0.5mg 1錠</p> <p style="text-align: center;">分1 朝食後服用 3日分</p> <p style="text-align: center;">Rp. 2 チャンピックス錠 0.5mg 2錠</p> <p style="text-align: center;">分2 朝夕食後服用 (①に続いて服用) 4日分</p> <p style="text-align: center;">Rp. 3 チャンピックス錠 1mg 2錠</p> <p style="text-align: center;">分2 朝夕食後服用 (②に続いて服用) 7日分</p> <p style="text-align: center;">————— 以下 余白 —————</p> <p style="text-align: center;">リフィル可 <input type="checkbox"/> (回)</p>													

備 考	保険医署名	「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。												
		<p style="color: red; text-align: center;">ニコチン依存管理料の算定に伴う処方</p> <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 style="text-align: center;"><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> <p>調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。）</p> <p>□1回目調剤日（ 年 月 日） □2回目調剤日（ 年 月 日） □3回目調剤日（ 年 月 日）</p> <p>次回調剤予定日（ 年 月 日） 次回調剤予定日（ 年 月 日）</p>												

調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号													
保険薬局の所在地及び名称	(印)	公費負担医療の受給者番号													

【チェックポイント】

- ① 地方厚生（支）局長へ施設基準の届出をした禁煙治療認定医療機関のみ健康保険適用による処方箋が発行できる。
- ② 処方箋には、必ず備考欄に「ニコチン依存症管理料の算定に伴う処方」と明記する。
- ③ 禁煙治療認定医療機関以外の医療機関が処方する場合は、保険外の扱いとなる。
- ④ 他にニコチネルTTSの処方も同様に扱う。
- ⑤ 県内の禁煙治療認定医療機関は以下のホームページで検索可能。

<http://www.pref.kanagawa.jp/cnt/f6955/p164299.html>



処方箋
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号											保険者番号		1	2	3	4	5	6
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	123・4567						

患者	氏名	かながわ たろう 神奈川 太郎				保険医療機関の所在地及び名称 〒235-0007 横浜市磯子区西町 14-11 県薬歯科医院 電話番号 045-761-3418 保険医氏名 県薬 一郎 県薬		都道府県番号 1 4 点数表番号 3 医療機関コード 1 2 3 4 5 6 7	
	生年月日	明大 昭平 30年5月29日		男	女				
	区分	被保険者		被扶養者					

交付年月日	令和4年6月1日	処方箋の使用期間	令和 年 月 日	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すること。
-------	----------	----------	----------	--

処方方	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、「変更不可」欄に「✓」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。							
		Rp. 1 フロモックス				3T			
		ビオフェルミン				3T			
		× 3 毎食後				4日分			
		Rp. 2 カロナール				1, 200mg			
		————— 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「✓」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。							
		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 調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。） <input type="checkbox"/> 1回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 2回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 3回目調剤日（ 年 月 日） 次回調剤予定日（ 年 月 日） 次回調剤予定日（ 年 月 日）							

調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号							
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	(印)	公費負担医療の受給者番号							

歯科適応のある薬剤一覧表 参照
 出典：(公社)日本歯科医師会「薬価基準による歯科関係薬剤点数表」(R4年4月1日現在)

処方箋
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号							保険者番号			1	2	3	4	5	6
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	123・4567							

患者	氏名	かながわ たろう 神奈川県 太郎		保険医療機関の 所在地及び名称	〒235-0007 横浜市磯子区西町 14-11 県薬歯科医院							
	生年月日	明大 30年5月29日	昭平 令	電話番号	045-761-3418							
	区分	被保険者	被扶養者	保険医氏名	県薬 一郎 							
都道府県 番号	1	4	点数表 番号	3	医療機関 コード	1	2	3	4	5	6	7

交付年月日	令和4年6月1日	処方箋の 使用期間	令和 年 月 日	特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、「変更不可」欄に「✓」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。		
		Rp. 1 フロモックス錠 100mg ジオフェルミンR錠 分3 毎食後	3錠 3錠 4日分	
		Rp. 2 カロナール錠 200mg 疼痛時服用 1日3回まで 5~6時間あける	2錠 3回分	

————— 以下 余白 —————

リフィル可 (回)

備考	保険医署名	「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載した 場合は、署名又は記名・押印すること。
	高7	

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
 調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。）
 1回目調剤日（ 年 月 日） 2回目調剤日（ 年 月 日） 3回目調剤日（ 年 月 日）
 次回調剤予定日（ 年 月 日） 次回調剤予定日（ 年 月 日）

調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号						
保険薬局の 所在地及び名称 保険薬剤師氏名		公費負担医療の 受給者番号						

【チェックポイント】

- ① 剤形、規格（含量）単位、服用時点を記載する。フロモックス錠には75mg、100mg、小児用細粒 10%がある。ジオフェルミンには錠、R錠、散、R散がある。セフェム系抗生物質に耐性のあるジオフェルミンR錠のほうがより望ましい。
- ② 頓服薬は1回分の投薬量、作用時点、投薬回数、1日の回数上限などを記載する。カロナールには錠剤 200mg・300mg・500mg、原末、細粒 20%・50%、シロップ 2%、坐剤 50mg・

適

100mg・200mgがある。投与間隔は4～6時間以上。

処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号								保険者番号		1	2	3	4	5	6
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	123・4567						

患者	氏名	かながわ たらう 神奈川 太郎					保険医療機関の所在地及び名称 〒235-0007 横浜市磯子区西町 14-11 県薬歯科医院											
	生年月日	明大 昭平 30年5月29日 男・女 令					電話番号 045-761-3418											
	区分	被保険者		被扶養者			都道府県番号	1	4	点数表番号	3	医療機関コード	1	2	3	4	5	6

交付年月日	令和4年6月1日	処方箋の使用期間	令和 年 月 日	特記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すること。
-------	----------	----------	----------	--

	変更不可	個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更には、「変更不可」欄に「✓」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。													
処方方		Rp. 1 ネオステリングリーン 1瓶													
		うがい													
		Rp. 2 デキサメタゾン口腔用軟膏 1本													
		患部に塗布													
		————— 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「✓」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。													
		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													
		調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。） <input type="checkbox"/> 1回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 2回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 3回目調剤日（ 年 月 日） 次回調剤予定日（ 年 月 日） 次回調剤予定日（ 年 月 日）													

調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号																
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名			公費負担医療の受給者番号															

誤

歯科適応のある薬剤一覧表 参照

出典：(公社)日本歯科医師会「薬価基準による歯科関係薬剤点数表」(R4年4月1日現在)

処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号						保険者番号		1	2	3	4	5	6
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	123・4567						

患者	氏名	かながわ たろう 神奈川 太郎				保険医療機関の所在地及び名称		〒235-0007 横浜市磯子区西町 14-11 県薬歯科医院									
	生年月日	明大 昭平 30年5月29日 令	男	女		電話番号		045-761-3418									
	区分	被保険者	被扶養者			都道府県番号	1	4	点数表番号	3	医療機関コード	1	2	3	4	5	6

交付年月日	令和4年6月1日	処方箋の使用期間	令和 年 月 日	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すること。
-------	----------	----------	----------	--

処方	変更不可	個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更には、「変更不可」欄に「✓」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 style="text-align: center;">Rp.1 ネオステリングリーンうがい液 0.2% 40mL 1日4~5回 うがい</p> <p style="text-align: center;">Rp.2 デキサメタゾン口腔用軟膏 0.1% 「NK」 5g 1日4~5回 口腔内に塗布</p> <p style="text-align: center;">————— 以下 余白 —————</p> <p style="text-align: center;">リフィル可 <input type="checkbox"/> (回)</p>												

備考	保険医署名	「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。												
	高7	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 調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。） <input type="checkbox"/> 1回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 2回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 3回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 次回調剤予定日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 次回調剤予定日（ 年 月 日）												

調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号											
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	(印)	公費負担医療の受給者番号											

【チェックポイント】

- ① 含嗽剤には、使用回数、使用法を記載する。ネオステリングリーンには、1本40mL入、56mL入製品がある。
- ② 外用薬は、使用回数、使用部位及び投与総量を記載する。デキサメタゾン口腔用軟膏0.1%は2g入、5g入製品がある。
- ③ 未就学者の場合は「6歳」、高齢受給者または後期高齢者医療受給対象者であって一般・低所得者の場合は「高一」、高齢受給者または後期高齢者医療受給対象者であって7割給付の患者の場合は「高7」と備考欄に記載する。



第5 処方箋の記載上の注意事項

1 「患者」欄について

(1) 氏名

投薬を受ける者の姓名を記載すること。

(2) 生年月日

投薬を受ける者の生年月日を記載すること。

(3) 男・女

投薬を受ける者の性別について該当するものを○で囲むこと。

(4) 区分

該当するものを○で囲むこと。

2 「保険医療機関の所在地及び名称」欄について

保険医療機関指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地及び名称を記載すること。

3 「電話番号」欄について

保険医療機関の電話番号を記載することを原則とするが、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

4 「保険医氏名○印」欄について

処方箋を発行した保険医（以下「処方医」という。）が署名するか、又は処方医の姓名を記載し、押印すること。

4の2 「都道府県番号」、「点数表番号」及び「医療機関コード」欄について

「都道府県番号」欄には、保険医療機関の所在する都道府県番号2桁（診療報酬明細書に記載する都道府県番号と同様の番号）を記載すること。「点数表番号」欄には、医科は1を、歯科は3を記載すること。「医療機関コード」欄には、それぞれの医療機関について定められた医療機関コード7桁（診療報酬明細書に記載する医療機関コードと同様の番号）を記載すること。また、健康保険法第63条第3項第2号及び第3号に規定する医療機関については、「医療機関コード」欄に「9999999」の7桁を記載すること。

5 「交付年月日」欄について

患者に処方箋を交付した年月日を記載すること。

6 「処方箋の使用期間」欄について

(1) 交付の日を含めて4日以内の場合は、記載する必要がないこと。

(2) 患者の長期の旅行等特殊の事情があると認められる場合に、交付の日を含めて3日以内又は交付の日を含めて4日を超えた日より調剤を受ける必要がある場合には、年月日を記載すること。この場合において、当該処方箋は当該年月日の当日まで有効であること。

(3) 様式第二号の二に基づく処方箋（以下「分割指示に係る処方箋」という。）の場合は、分割の1回目に係る使用期限を記載することとし、当該使用期限が交付の日を含めて4日以内の場合は、記載する必要がないこと。

7 「処方」欄について

投薬すべき医薬品名、分量、用法及び用量を記載し、余白がある場合には、斜線等により余白である旨を表示すること。

- (1) 医薬品名は、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載（以下「一般名処方」という。）又は薬価基準に記載されている名称による記載とすること。なお、可能な限り一般名処方を考慮することとし、一般名処方の場合には、会社名（屋号）を付加しないこと。なお、薬価基準に記載されている名称を用いる場合、当該医薬品が、薬価基準上、2以上の規格単位がある場合には、当該規格単位を併せて記載すること。また、保険医療機関と保険薬局との間で約束されたいわゆる約束処方による医薬品名の省略、記号等による記載は認められないものであること。
- (2) 分量は、内服薬については1日分量、内服用滴剤、注射薬及び外用薬については投与総量、屯服薬については1回分量を記載すること。
- (3) 用法及び用量は、1回当たりの服用（使用）量、1日当たり服用（使用）回数及び服用（使用）時点（毎食後、毎食前、就寝前、疼痛時、〇〇時間毎等）、投与日数（回数）並びに服用（使用）に際しての留意事項等を記載すること。特に湿布薬については、1回当たりの使用量及び1日当たりの使用回数又は投与日数を必ず記載すること。なお、分割指示に係る処方箋を交付する場合は、分割した回数ごとにそれぞれ調剤すべき投与日数（回数）を記載し、当該分割指示に係る処方箋における総投与日数（回数）を付記すること。
- (4) 特定保険医療材料（自己注射に用いる自己注射用ディスポーザブル注射器（針を含む。）、万年筆型注入器用注射針又は「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）」（平成20年3月厚生労働省告示第61号）の別表のⅠに規定されている特定保険医療材料）を保険薬局より支給させる場合は名称及びセット数等を記載すること。
- (5) 処方医が処方箋に記載した医薬品の一部又はすべてについて後発医薬品への変更に差し支えがあると判断したときには、「備考」欄中の「保険医署名」欄に署名等を行うとともに、差し支えがあると判断した医薬品ごとに「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載し、患者及び処方箋に基づき調剤を行う保険薬局の保険薬剤師のいずれに対しても変更不可であることが明確に分かるように記載すること。なお、一般名処方の趣旨からして、一般名処方に対して「変更不可」欄に「✓」又は「×」が記載されることはあり得ないものであること。
- (6) 処方医が処方箋に記載した医薬品のうち(5)に基づいて「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載していないもののうち、当該医薬品と含量規格が異なる後発医薬品又は類似する別剤形（※）の後発医薬品への変更に差し支えがあると判断したときには、「備考」欄中の「保険医署名」欄に署名等を行うとともに、当該医薬品の銘柄名の近傍に「含量規格変更不可」又は「剤形変更不可」と記載するなど、患者及び処方箋に基づき調剤を行う保険薬局の保険薬剤師のいずれに対しても含量規格変更不可又は剤形変更不可であることが明確に分かるように記載すること。
 ※ 類似する別剤形の医薬品とは、内服薬であって、次の各号に掲げる分類の範囲内の他の医薬品をいう。
 ア 錠剤（普通錠）、錠剤（口腔内崩壊錠）、カプセル剤、丸剤
 イ 散剤、顆粒剤、細粒剤、末剤、ドライシロップ剤（内服用固形剤として調剤する場合に限る。）
 ウ 液剤、シロップ剤、ドライシロップ剤（内服用液剤として調剤する場合に限る。）
- (7) リフィル処方を行う場合には、「処方」欄の「リフィル可」欄に「✓」を記載するとともに、総使用回数（上限3回）を記載すること。なお、「処方」欄には、リフィル処方箋1回の使用による投与日数（回数）等を記載すること。
- (8) 外用薬をリフィル処方する場合について、1回当たりの使用量及び1日当たりの使用回数を記載した場合であっても、必ず投与日数を記入すること。
- (9) なお、内服薬の処方箋への記載に当たっては、「内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討

会報告書の公表について」（平成22年1月29日付医政発0129第3号・薬食発0129第5号）も参考にされたい。

8 「備考」欄について

- (1) 保険薬局が調剤を行うに当たって留意すべき事項等を記載すること。
- (2) 麻薬を処方する場合には、麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）第27条に規定する事項のうち、患者の住所及び麻薬施用者の免許証の番号を記載すること。
- (3) 長期の旅行等特殊の事情がある場合において、必要があると認め、必要最小限の範囲において、投薬量が1回14日分を限度とされる内服薬及び外用薬であって14日を超えて投与した場合は、その理由を記載すること。
- (4) 未就学者である患者の場合は「6歳」と、高齢受給者又は後期高齢者医療受給対象者であって一般・低所得者の患者の場合は「高一」と、高齢受給者又は後期高齢者医療受給対象者であって7割給付の患者の場合は「高7」と記載すること。なお、後期高齢者医療受給対象者であって一般・低所得者の患者については、令和4年10月1日以降、8割給付の患者の場合は「高8」、9割給付の患者の場合は「高9」と記載すること。
- (5) 処方医が、処方箋に記載した医薬品について後発医薬品に変更することに差し支えがあると判断した場合は、差し支えがあると判断した医薬品ごとに、「処方」欄中の「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載するとともに、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。なお、後発医薬品を処方する際に、「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載する場合においては、その理由を記載すること。
- (6) 入院中の患者以外の患者に対する処方について、患者の服薬管理が困難である等の理由により、保険薬局に分割調剤を指示する場合には、分割の回数及び当該分割ごとの調剤日数を記載すること。なお、この場合において、保険薬局に指示しておくべき事項等があれば具体的に記載すること。
- (7) 1処方につき63枚を超えて湿布薬を投与する場合は、当該湿布薬の投与が必要であると判断した趣旨を記載すること。
- (8) 保険薬局が調剤時に患者の残薬を確認した際に、当該保険薬局に対して、「保険医療機関へ疑義照会をした上で調剤」すること又は「保険医療機関へ情報提供」することを指示する場合には、該当するチェック欄に「✓」又は「×」を記載すること。
- (9) 地域包括診療加算若しくは認知症地域包括診療加算又は地域包括診療料若しくは認知症地域包括診療料を算定している患者について、保険薬局に対してその旨を情報提供するに当たって、処方箋への書面の添付によらない場合には、当該加算を算定している旨を本欄に記載すること。
- (10) 情報通信機器を用いた診療の実施に伴い処方箋を発行する場合には、「情報通信」と記載すること。

9 「分割指示に係る処方箋」について

- (1) 分割指示に係る処方箋を発行する場合は、分割の回数及び何回目に対応するかを右上の所要欄に記載すること。
- (2) 別紙の発行保険医療機関情報には、保険医療機関の保険薬局からの連絡先を記載すること。その他の連絡先として、必要に応じ、担当部署の電子メールのアドレスなどを記載すること。

10 その他

薬剤師は、調剤したときは、その処方箋に以下の事項を記載すること。

(1) 「調剤済年月日」欄について

処方箋が調剤済となった場合の年月日を記載すること。その調剤によって、当該処方箋が調剤済

とならなかった場合は、調剤年月日及び調剤量を処方箋に記載すること。

(2) 「保険薬局の所在地及び名称」欄について

保険薬局指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地及び名称を記載すること。

(3) 「保険薬剤師氏名 ○印」欄について

調剤を行った保険薬剤師が署名するか又は保険薬剤師の姓名を記載し、押印すること。

(4) その他次の事項を「備考」欄又は「処方」欄に記入すること。

ア 処方箋を交付した医師又は歯科医師の同意を得て処方箋に記載された医薬品を変更して調剤した場合には、その変更内容

イ 医師又は歯科医師に照会を行った場合は、その回答の内容

(5) 分割指示に係る処方箋に基づき調剤した場合は、別紙の「受付保険薬局情報」欄に保険薬局の所在地、名称、保険薬剤師氏名及び調剤年月日を記入すること。別紙の余白を用いて調剤量等の必要な情報を記載するのは差し支えないこと。

(6) 「処方」欄の「リフィル可」欄に「✓」が記載されている処方箋（以下「リフィル処方箋」という。）に基づき調剤した場合は、「調剤実施回数」欄に調剤回数に応じて、該当するチェック欄に「✓」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。

(7) 保険薬局においてリフィル処方箋による調剤を行い、当該薬局において調剤済みとならない場合は、リフィル処方箋に薬剤師法（昭和35年法律第146号）第26条に規定する事項及び次回調剤予定日等の必要な事項を記入し、当該リフィル処方箋の写しを調剤録と共に保管すること。

処方箋には、「用法」が正しく記載されていることが必要です。その理由は？

院外処方箋の用法の記載不備については、従来から指摘されているところですが、処方医療機関によっては、いまだ用法が未記入や、「用法口授」、「医師の指示通り」等の記載が見受けられ、また保険薬局でもそのまま調剤している例もたまに見受けられます。

なぜ必要なのか？ それは、

『患者さんに正しい医薬品情報を提供して、安全で、効果的な薬物療法を行うため』のものと考えられています。また、これを正しく行うための裏づけとして、法令や厚生省通知に次の様に示されています。

◎薬剤師法

1.第 25 条（調剤された薬剤の表示）

薬剤師は、販売又は授与の目的で調剤した薬剤の容器又は被包に、処方せんに記載された患者の氏名、用法、用量その他厚生労働省令で定める事項を記載しなければならない。

2.第 25 条の 2（情報の提供）

薬剤師は、調剤した薬剤の適正な使用のため、販売又は授与の目的で調剤したときは、患者又は現にその看護に当たっている者に対し、必要な情報を提供し、及び必要な薬学的知見に基づく指導を行わなければならない。

◎医師法施行規則

第 21 条（処方せんの記載事項）

医師は、患者に交付する処方せんに、患者の氏名、年齢、薬名、分量、用法、用量、発行の年月日、使用期間及び病院若しくは診療所の名称及び所在地又は医師の住所を記載し、記名押印又は署名しなければならない。

◎保険医療及び保険医療担当規則

第 23 条（処方箋の交付）

保険医は、処方箋を交付する場合には、様式第 2 号又はこれに準ずる様式の処方箋に必要な事項を記載しなければならない。

3 保険医は、その交付した処方箋に関し、保険薬剤師から疑義の照会があった場合には、これに適切に対応しなければならない。

◎診療報酬請求書等の記載要領等について

診療録等の記載上の注意事項

第 5 処方箋記載上の注意事項

7 「処方」欄について

投薬すべき医薬品名、分量、用法及び用量を記載し、余白がある場合には、斜線等により余白である旨を表示すること。

(3) 用法及び用量は、1 回当たりの服用（使用）量、1 日当たり服用（使用）回数及び服用（使用）時点（毎食後、毎食前、就寝前、疼痛時、〇〇時間毎等）、投与日数（回数）並びに服用（使用）に際しての留意事項等を記載すること。特に湿布薬については、1 回当たりの使用量及び 1 日当たりの使用回数、又は投与日数を必ず記載すること。

以上の点から、処方箋に用法を記載することはもちろん、薬剤師法 第 25 条の 2 の観点を踏まえ、患者への情報提供に関して「用法口授」「医師の指示通り」の文言は適切でないと考えられます。

処方箋

（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）

公費負担者番号					保険者番号					
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）

患者	氏名					保険医療機関の所在地及び名称						
	生年月日	明大昭平令	年	月	日	男・女	電話番号					
	区分	被保険者		被扶養者		保険医氏名 ㊟						
						都道府県番号		点数表番号		医療機関コード		

交付年月日	令和 年 月 日	処方箋の使用期間	令和 年 月 日	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すること。
-------	----------	----------	----------	--

処方	変更不可	「個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更し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。								
方		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。								
		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								

調剤実施回数（調剤回数に応じて、に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。）

1回目調剤日（ 年 月 日） 2回目調剤日（ 年 月 日） 3回目調剤日（ 年 月 日）
 次回調剤予定日（ 年 月 日） 次回調剤予定日（ 年 月 日）

調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号					
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	㊟	公費負担医療の受給者番号					

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、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。

処 方 箋

（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）

分割指示に係る処方箋 〃分割の〃回目

公費負担者番号					保 険 者 番 号				
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				保険医療機関の 所在地及び名称				
	生年月日	明 大 昭 平 令	年 月 日	男・女	電 話 番 号				
	区 分	被保険者	被扶養者		保 険 医 氏 名 (印)				
		都道府県番号	点数表 番号	医療機関 コード					
交付年月日	令和 年 月 日	使 用 期 間			令和 年 月 日	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、 「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。							
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。）								
	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	令和 年 月 日	公費負担者番号							
保険薬局の所在 地及び名称 保険薬剤師氏名	(印)			公費負担医療の 受給者番号					

- 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、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。

分割指示に係る処方箋（別紙）

(発行保険医療機関情報)
 処方箋発行医療機関の保険薬局からの連絡先

電話番号 _____ F A X 番号 _____

その他の連絡先 _____

(受付保険薬局情報)

1 回目を受け付けた保険薬局

名称 _____

所在地 _____

保険薬剤師氏名 _____ (印)

調剤年月日 _____

2 回目を受け付けた保険薬局

名称 _____

所在地 _____

保険薬剤師氏名 _____ (印)

調剤年月日 _____

3 回目を受け付けた保険薬局

名称 _____

所在地 _____

保険薬剤師氏名 _____ (印)

調剤年月日 _____

診療報酬点数表における

「第3部 検査」、「第9部 処置」及び「第10部 手術」の各部における投薬について

診療報酬点数表の第2章特掲診療料中、「第3部 検査」、「第9部 処置」において使用される薬剤の保険上の取扱いについては、平成28年3月4日付け厚生労働省保険局医療課長通知 保医発0304第3号「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」において以下の通り通知されております。

第3部検査

<通則>

- 1 検査の費用には、検査を行う医師、看護師及び技術者等の人件費、試薬、デッキグラス、試験管等の材料費、機器の減価償却費、管理費及び患者の衣類等の費用は含まれる。なお、患者に施用する薬剤及び特定保険医療材料の費用は検査料とは別に算定する。
- 2 検査に当たって施用した薬剤の費用は別に算定できるが、**第2章第5部投薬の部に掲げる処方料、調剤料、処方箋料及び調剤技術基本料並びに同第6部注射の部に掲げる注射料は、別に算定できない。**なお、検査に当たって施用される薬剤（検査用試薬を含む。）は、原則として医薬品として承認されたものであることを要する。

【下略】

第9部処置

<通則>

- 1 処置の費用は、第1節処置料及び第2節処置医療機器等加算、第3節薬剤料又は第4節特定保険医療材料に掲げる所定点数を合算した点数によって算定する。この場合において、処置に当たって通常使用される包帯（頭部・頸部・躯幹等固定用伸縮性包帯を含む。）、ガーゼ等衛生材料、患者の衣類及び保険医療材料の費用は、所定点数に含まれており、別に算定できない。なお、処置に用いる衛生材料を患者に持参させ、又は処方箋により投与するなど患者の自己負担とすることは認められない。
- 2 特に規定する場合を除き、患者に対して特定保険医療材料又は薬剤を支給したときは、これに要する費用として、特定保険医療材料については「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）」の定めるところにより、薬剤については「使用薬剤の薬価（薬価基準）」の定めるところにより算定する。なお、この場合、薬剤費の算定の単位は1回に使用した総量の価格であり、患者に対して施用した場合に限り、特に規定する場合を除き算定できるものであるが、**投薬の部に掲げる処方料、調剤料、処方箋料及び調剤技術基本料並びに注射の部に掲げる注射料は、別に算定できない。**
- 3 浣腸、注腸、吸入、100平方センチメートル未満の第1度熱傷の熱傷処置、100平方センチメートル未満の皮膚科軟膏処置、洗眼、点眼、点耳、簡単な耳垢陰除去、鼻洗浄、狭い範囲の湿布処置その他第1節処置料に掲げられていない処置であって簡単な処置（簡単な物理療法を含む。）の費用は、基本診療料に含まれるものとし、別に算定することはできない。なお、処置に対する費用が別に算定できない場合（処置後の薬剤病巣撒布を含む。）であっても、処置に際して薬剤を使用した場合には、第3節薬剤料に定めるところにより薬剤料を算定することはできる。

【下略】

また、平成 24 年 9 月 21 日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡通知「疑義解釈資料の送付について（その 9）」において、「第 10 部 手術」の部においても以下の通り通知されております。

【手術】

（問 6） 検査及び処置については、施用する薬剤の費用は別に算定できるものの、投薬の部に掲げる処方料、調剤料、処方せん料及び調剤技術基本料並びに注射の部に掲げる注射料は別に算定できないとされているが、手術についても同様の取扱いであるという理解でよいか。

（答） そのとおり。

上記の通知により、診療報酬点数表の第 2 章特掲診療料中、「第 3 部 検査」、「第 9 部 処置」及び「第 10 部 手術」の各部における投薬については、当該医療機関から交付することとされ、健康保険等を適用した保険処方せんは交付できないこととなります

麻薬・向精神薬の投与上限日数一覧

上限	区分	剤型	一般名	主な商品名
14日	麻薬	30日分限度の麻薬以外		
	向精神薬	内服	アモバルビタール	イソミタール®原末
			塩酸ペンタゾシン	ソセゴン®錠
			ペントバルビタールカルシウム	ラボナ®錠
			クロラゼプ酸二カリウム	メンドン®カプセル
			マジンドール	サノレックス®錠
		外用	ジアゼパム	ダイアップ®坐剤
			フェノバルビタール	ルピアール®坐剤 ワコビタール®坐剤
			ブプレノルフィン塩酸塩	レペタン®坐剤
			ブプレノルフィン(貼付)	ノルスパンテープ®
ブロマゼパム			旧：セニラン®坐剤	

上限	区分	剤型	一般名	主な商品名
30日	麻薬	内服	オキシコドン塩酸塩水和物	オキシコンチン TR®錠 オキノーム®散
			コデインリン酸塩水和物	コデインリン酸塩原末 コデインリン酸塩水和物原末 コデインリン酸塩散 10% コデインリン酸塩錠 20mg
			ジヒドロコデインリン酸塩	ジヒドロコデインリン酸塩原末 ジヒドロコデインリン酸塩散 10%
			タペンタドール塩酸塩	タペンタ®錠
			ヒドロモルフォン塩酸塩	ナルサス®錠 ナルラピド®錠
			モルヒネ塩酸塩水和物	オプソ®内服液 パシーフ®カプセル モルヒネ塩酸塩錠 モルヒネ塩酸塩水和物原末
			モルヒネ硫酸塩水和物	MS コンチン®錠 MS ツワイスロン®カプセル モルペス®細粒

		外用	フェンタニル	デュロテップMT®パッチ ワンデュロ®パッチ
			フェンタニルクエン酸	フェントス®テープ
			モルヒネ塩酸塩水和物	アンペック®坐剤
		注射	フェンタニルクエン酸塩	フェンタニル注射液
			モルヒネ塩酸塩水和物	アンペック®注 プレペノン®注 モルヒネ塩酸塩注射液

上限	区分	剤型	一般名	主な商品名
30日	向精神薬	内服	アルプラゾラム	コンスタン®、ソラナックス®
			エスタゾラム	ユーロジン®
			エチゾラム	デパス®
			オキサゾラム	セレナール®
			クアゼパム	ドラー®
			クロキサゾラム	セパゾン®
			クロチアゼパム	リーゼ®
			クロルジアゼポキシド	コントロール®、バランス®
			ゾピクロン	アモバン®
			ゾルピデム酒石酸塩	マイスリー®
			トリアゾラム	ハルシオン®
			ハロキサゾラム	ソメリン®
			フルジアゼパム	エリスパン®
			フルニトラゼパム	サイレース®
			フルラゼパム塩酸塩	ダルメート®
			ブロチゾラム	レンドルミン®
			プロマゼパム	レキソタン®
			ペモリン	ベタナミン®
			メダゼパム	レスミット®
			メチルフェニデート塩酸塩	リタリン®、コンサータ®
			モダフィニル	モディオダール®
			ロフラゼブ酸エチル	メイラックス®
			ロラゼパム	ワイパックス®
			ロルメタゼパム	ロラメット®、エバミール®
			メペンゾラート臭化物・フェノバルビタール配合剤	トランコロンP配合錠®
		注射	ブプレノルフィン塩酸塩	レペタン®注

上限	区分	剤型	一般名	主な商品名
90日	向精神薬	内服	クロナゼパム	ランドセン®、リボトリール®
			クロバザム	マイスタン®
			ジアゼパム	セルシン®、ホリゾン®
			ニトラゼパム	ベンザリン®、ネルボン®
			フェノバルビタール	フェノバル®
			フェニトイン・フェノバルビタール	複合アレビアチン配合錠®
			フェノバルビタール・フェニトイン・安息香酸ナトリウムカフェイン配合剤	ヒダントール配合錠®

医師の指示による分割調剤について

平成30年の改定では、下記の「医師の指示に係る分割調剤（注9）」についての取扱いの明確化及び新たな処方箋様式が追加になりました。

- 長期投薬（14日分を超える投薬をいう。）に係る処方箋受付において、薬剤の保存が困難であること等の理由による分割調剤（注7）
- 後発医薬品に係る処方箋受付において、当該処方箋の発行を受けた患者が初めて当該後発医薬品を服用することとなること等の理由による分割調剤（注8）
- 医師の指示に係る分割調剤（注7及び注8に該当する場合を除く）（注9）

調剤報酬点数表 区分00調剤基本料より

分割調剤の手続きの明確化①

○ 分割調剤に係る処方箋様式を追加。

【分割指示に係る処方箋の記載例】

処方箋

処方箋

（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）

分割指示に係る処方箋を発行する場合は、分割の回数及び何回目に対応するかを右上の所要欄に記載する。

分割指示に係る処方箋を交付する場合は、分割した回数ごとにそれぞれ調剤すべき投与回数（回数）を記載し、当該分割指示に係る処方箋における総投与回数（回数）を付記する。

分割指示に係る処方箋（別紙）

（発行保険医療機関等情報）
処方箋発行保険医療機関の保険薬局からの連絡先
電話番号 03-XXXX-XXXX FAX番号 03-XXXX-XXXX
その他の連絡先 Eメールアドレス XXXXXXX@XXX.XX

（発行保険薬局情報）

1回目を受け付けた保険薬局 1回目の分割指示に基づき
調剤年月日 平成30年6月1日

2回目を受け付けた保険薬局（調剤済み）
調剤年月日 平成30年6月2日

3回目を受け付けた保険薬局
調剤年月日

保険薬局の所在地、名称、保険薬剤氏名及び調剤年月日を記入する。別紙の余白を用いて調剤量等の必要な情報を記載するのは差し支えない。

平成30年度診療報酬改定

分割調剤の手続きの明確化②

分割調剤（例）

医療機関

① (例) 処方箋
30日分 × 3回分
(計90日分)

自宅

②

1回目
30日分

残薬・副作用等の確認

2回目
30日分

残薬・副作用等の確認

3回目
30日分

残薬・副作用等の確認

対面による丁寧な確認を実施

③

服薬状況、副作用等のフィードバック

薬局

【分割調剤に係る留意事項】

ア 分割指示に係る処方箋の交付を受けた患者に対して、処方箋受付前に、継続的な薬学的管理及び指導のため、当該処方箋の1回目の調剤から調剤済みになるまでを通して、同一の保険薬局に処方箋を持参するべき旨を説明する。

イ 患者に対し、次回の薬局への処方箋持参の意向の有無及び予定時期を確認するとともに、予定時期に患者が薬局にない場合は、必要に応じ、電話等で服薬状況を確認し薬局を促す。

ウ 患者から次回に別の保険薬局に処方箋を持参する旨の申し出があった場合は、患者の了解を得た上で、次回の円滑な薬剤交付に資するよう、調剤後遅滞なく、患者が次回処方箋を持参しようとする保険薬局に対し、調剤の状況とともに必要な情報をあらかじめ提供する。

【その他】

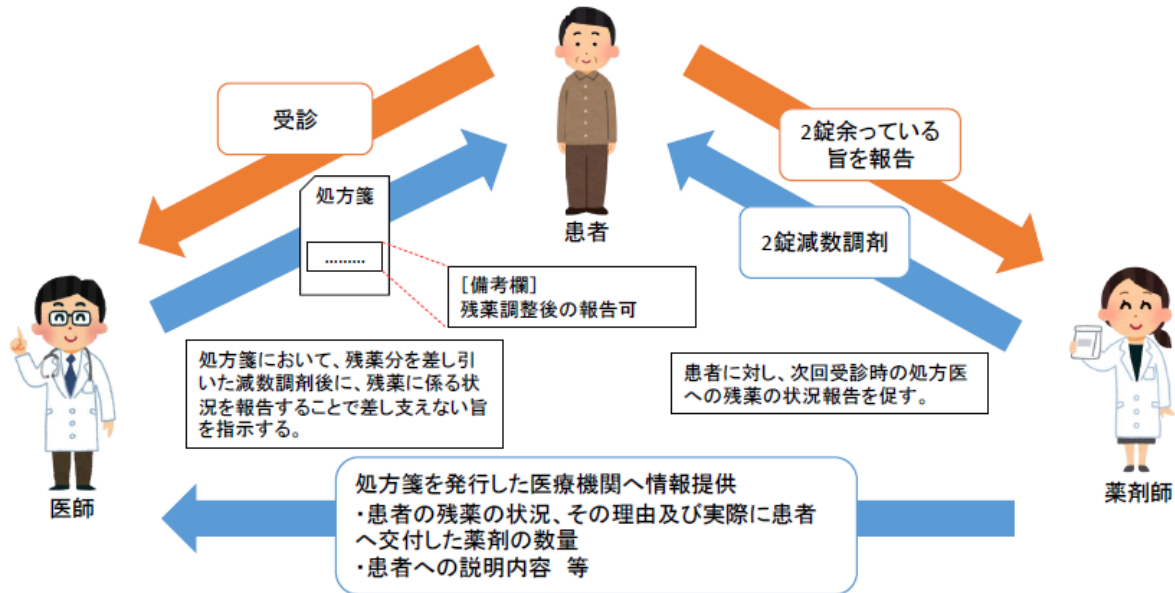
ア 別紙を含む処方箋の全てが提出されない場合は、当該処方箋は受け付けられない。

42

残薬調整に係る取り扱いの明確化

平成30年の改訂では、残薬分を差し引いた減数調剤に係る取扱いについて以下のように明確化されました。処方箋の備考欄に「残薬調整後の報告可」と記載することにより、調剤を行う前にその都度、処方医師に疑義照会をするのでは、薬局が残薬分を差し引いた減数調剤を行い、事後に報告するものです。処方する医師も疑義照会する薬剤師も互いに効率化が図れるものです。

○残薬分を差し引いた減数調剤(例)



(参考)

残薬分を差し引いた減数調剤：薬剤服用歴の記録又は調剤録及び残薬の外形状態・保管状況その他の残薬の状況を確認した上で、処方箋に記載された医薬品の数量を減らして調剤する業務。

基礎的医薬品について

平成28年度薬価制度改革における試行的な取り組みで、不採算品再算定、最低薬価になる前の薬価を下支えする制度で、一定の要件を満たした医薬品を対象とし、最も販売額が大きい銘柄に価格を合わせ、薬価を維持することになりました。そうすることにより製薬メーカーは製造の継続が可能になり、医療の現場で継続して使用することができます。

下記の条件を満たす医薬品について薬価を維持することになります。

- (1) 医療上の位置付けが確立し、広く臨床現場で使用されていることが明らかであること
- (2) 当該既収載品並びに組成及び剤型区分が同一である全ての類似薬のうち、薬価収載の日から25年を経過しているものがあること
- (3) 当該既収載品と組成及び剤型区分が同一である類似薬がある場合には、当該既収載品を含む類似薬の平均乖離率が、全ての既収載品の平均乖離率を超えないこと
- (4) 当該既収載品の市場実勢価格の薬価に対する乖離率が、全ての既収載品の平均乖離率を超えないこと

例として、今までリンデロンVG軟膏の後発医薬品だった、ルリクールVG軟膏は平成30年4月から基礎的医薬品の扱いになり、薬価がそれまでは9.5円/gでしたがリンデロンVG軟膏と同じ27.2円/g（令和2年改定以降27.7円）になりました。基礎的医薬品のリストは厚生労働省のホームページで確認することができます。

https://www.mhlw.go.jp/topics/2022/04/dl/tp2022_kiso.pdf

なお、基礎的医薬品の変更調剤については下記の通り平成28年9月15日付および平成30年5月25日付にて厚生労働省保険局医療課より事務連絡が出されています。

【後発医薬品への変更調剤】

（問1）処方せんにおいて変更不可とされていない処方薬については、後発医薬品への変更調剤は認められているが、基礎的医薬品への変更調剤は行うことができるか。

（答）基礎的医薬品であって、平成28年3月31日まで変更調剤が認められていたもの（「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」等）については、従来と同様に変更調剤を行うことができる。なお、その際にも「処方せんに記載された医薬品の後発医薬品への変更について」（平成24年3月5日付け保医発0305第12号）に引き続き留意すること。

公益社団法人 神奈川県薬剤師会

〈 医薬品適正使用検討委員会 〉

公益社団法人神奈川県医師会	理事	渡辺 雄幸
公益社団法人神奈川県歯科医師会	常務理事	遠藤 則子
公益社団法人神奈川県病院協会	常任理事	池島 秀明
公益社団法人神奈川県病院薬剤師会	副会長	山田 裕之
公益社団法人神奈川県薬剤師会	副会長	長津 雅則
公益社団法人神奈川県薬剤師会	常務理事	佐藤 克哉

〈 神奈川県薬剤師会 医療・介護保険委員会（令和4年度） 〉

委員長 藤本 直樹

副委員長 川村 幸久、小林 弘忠

委員 今井 良紀、江島 慎太郎、梶谷 浩義、亀山 俊、
河野 一規、露木 聡史、野田 和多流、林 成昭、
三浦 健太、宮本 祐亮、長沼 寿志

担当副会長 長津 雅則

担当常務理事 佐藤 克哉

担当理事 阿部 正隆、夏目 善文、福嶋 仁

薬事情報センター長 花島 邦彦

歯科領域処方箋の追加にあたり、歯科医師会の先生方々のご協力に感謝いたします。