

院外処方箋の正しい書きかた（改訂11版）

ー 基本ルールと注意いただきたい事例 ー

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													
公費負担医療の 受 給 者 番 号													
保険者番号				1		2		3		4			
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	
交付年月日		令和 6 年 10 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。		医療機関 コード		1 2 3 4 5 6 7	
処 方	変更不可 (治療上必要)	患者希望		個々の処方薬について、医療上の必要があるため、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。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「✓」又は「×」を記載すること。									
			記載方法で迷ったときにご活用ください										
			Rp.1 処方箋の基本的な書き方を紹介しています 内服薬の記載方法について本解説は1日量記載で表しています Rp.2 よく見られる誤った処方例を紹介してます Rp.3 解説と法的根拠を示しています 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。										
			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				印		公費負担医療の 受 給 者 番 号							

『院外処方箋の正しい書きかた』改訂 11 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よう、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り生活様式が変化し、またオンライン診療・オンライン服薬指導が増えるにつれ、医療機関の門前薬局ではなく自宅近くのかかりつけ薬局や市中のドラッグストアを利用する患者が増えてきています。このような背景からもルールに則った表記で処方箋を発行することが求められます。

薬剤師法第 24 条において薬剤師は『処方箋中に疑わしい点があるときは、その処方箋を交付した医師、歯科医師又は獣医師に問い合わせ、その疑わしい点を確認した後でなければ、これによって調剤してはならない』と定められております。処方箋が正しく記載されていないと、医薬品が誤った分量で調剤されたり、使用方法が誤って説明されたりする可能性があります。診療中お忙しいことと存じますが、薬剤師からの疑義照会にご回答いただきますようお願い申し上げます。

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。患者により良い薬物治療を提供していくためには、医師と薬剤師が互いに協力して支援していくことが不可欠です。本マニュアルが活用されることで、処方箋が適切に記載され、安全で効果的な薬物治療の一助となれば幸甚です。

最後に、本書の作成にあたり、業務多忙の中ご尽力頂いた当会の医療・介護保険委員会及び関係者に心より感謝申し上げます。

2024 年 12 月

公益社団法人 神奈川県薬剤師会
会 長 小 川 護

目 次

P 1	院外処方箋の基本的な注意事項
P 3	院外処方箋の書きかた（基本ルール）

～ Q & A ～

P 9	Q 1： 医薬品名の書きかた
P11	Q 2： 分量・用法の書きかた
P13	Q 3－1：用法・用量の書きかた
P15	Q 3－2：「頓服」用法・用量の書きかた
P17	Q 4：注射薬の処方の書きかた
P20	Q 5－1：ジェネリック薬品変更不可（医療上の必要性あり）
P23	Q 5－2：ジェネリック薬品変更不可（患者希望）
P25	Q 6：麻薬の処方箋の注意点
P28	Q 7：リフィル処方箋の書きかた
P31	Q 8：「在宅訪問指示」処方の書きかた
P33	Q 9：「吸入指導」など連携依頼の指示の書きかた
P36	Q10：「糖尿病」「心不全」など連携依頼の指示の書きかた
P39	Q11：「ディスポーザブルポンプ」処方の書きかた
P42	Q12：「オンライン診療（初診の場合）」に伴う処方箋の書きかた

～ よく見る間違い ～

P45	①：検査前に使用する薬剤、処置薬の処方
P48	②：投与日数制限のある薬剤（向精神薬他）の処方
P50	③：向精神薬の倍量処方、頓服での日数調整

【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6年4月1日現在）より）

院外処方箋の基本的な注意事項

○適切な「用法」記載をお願いします

電子カルテシステム等の普及に伴い、記載事項に明らかな不備のある処方箋は減少傾向にあります。しかし、「用法」に関しては、処方医療機関が独自に用法マスタを追加登録しているケースが多く、依然として「用法口授」、「医師の指示通り」といった不適切な記載が見受けられます。適切な用法の記載は、薬剤師による薬学的管理や指導に不可欠なことはもちろん、現在移行中の電子処方箋に導入される「標準用法用語」に集約する際にも必須となります。用法記載の法的根拠や具体例は、後述の Q2、Q3 でも取り上げますが、本項でも「用法」について改めて確認します。

処方箋への「用法」記載義務は、医師法施行規則第 21 条に明記されており、その具体的な内容は「診療報酬請求書等の記載要領等について」（保医発 0712 第 1 号令和 6 年 7 月 12 日一部改正）別紙 2 診療録等の記載上の注意事項、に示されています（詳細は「Q3-1 解説（法的根拠）」を参照）。また、平成 22 年に厚生労働省より公表された「内服薬処方箋の記載方法の在り方に関する検討会報告書」では、内服薬処方箋記載の在るべき姿として、用法・用量の服用回数・服用タイミングは標準化を行い、情報伝達エラーを惹起する可能性の表現方法を排除し、日本語で明確に記載することが求められています。

上記の通り、「用法」には具体的かつ明瞭な記載が求められており、「用法口授」、「医師の指示通り」といった曖昧な表現、さらには「倍量処方」といった本来の服用方法と異なる表記は、明らかな用法不備となります。

特に、新規デバイスが次々に上市されている外用薬に関しては、処方医療機関による「用法」の記載がより複雑化する傾向があり、標準化の遅れも目立ちます。さらに、監査する立場の薬剤師も診療報酬明細書における「注射薬及び外用薬の用法省略可」を拡大解釈し、外用薬の用法記載義務を十分に認識していない場合もあるようです。

平成 20 年度厚生労働科学研究「処方箋の記載方法に関する医療安全対策の検討」で公表された「情報伝達エラー防止のための処方に関する記載についての標準案」では、外用薬は「分量は原則として 1 回量を記載し、「用法」「用量」として 1 日の使用回数、使用時期、使用部位、使用日数を記載する（一部省略）」としています。

電子処方箋への移行に伴い、用法の標準化は避けて通れない課題となっています。今後集約される「標準用法用語集（第 2.1 版）」では、これまでの報告書や検討結果に基づいた、具体的かつ明瞭な用法が設定されています。例えば、外用薬の用法は「生活リズム」「回数」「時間間隔」「頓用」の 4 つに区分され、使用部位の名称は 98 箇所設定されており、必要に応じて左右や両方など、さらに詳細な部位指定が可能となっています。情報伝達エラーの防止はもちろん、今後の運用に備えるためにも、これまで以上に適切な「用法」記載を意識していく必要があります。

○円滑な疑義照会にご協力ください

薬剤師は薬剤師法第 24 条において、疑わしい点があるときは、これを確かめた後でなければ調剤してはならないとされています。また、保険医も保険医療機関及び保険医療養担当規則第 23 条にお

いて、薬剤師からの疑義照会には適切に対応することが求められています。安心・安全な医療のためはもちろんですが、法令順守の観点からも、処方箋を介した疑義照会は、医療従事者間で適切かつ円滑に行われるよう努める必要があります。

○処方箋の有効期間について患者へ周知をお願いします

処方箋の有効期間は、「保険医療機関及び保険医療養担当規則」（昭和32年厚生省令第15号）第20条において、原則として4日以内と規定され、併せて、長期の旅行等の特殊の事情がある場合には、この期間を延長又は短縮できる旨が規定されています。当然のことですが、期限が過ぎた処方箋は疑義照会を行っても延長することはできません。有効期間には休日や祝日も含まれるため、処方医療機関には患者への周知と丁寧な説明が求められています。

院外処方箋の書きかた（基本ルール）

1 処方箋の記載上の注意事項

「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について 保医発 0712 第 1 号 令和 6 年 7 月 12 日
一部抜粋

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	①			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 ②				
	区 分	被保険者	被扶養者	保 険 医 氏 名 ③					
				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 ⑥		令和 年 月 日		特記事項のある場合 を記入。交付日は含 めて4日以内に保険薬 局に提出すること。	
処 方	変更不可 (医療上必要)	患者希望							
	⑦-(5)	⑦-(7)							
備 考	個々の処方箋について、医療上の必要性があるため、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。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。								
	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。 ⑧-(5)								
	⑧-(2)								
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。)									
☐ 保険医療機関へ証書照会した上で調剤 ☐ 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 保険薬局師氏名		⑨		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 列の番を標準とすること。
3. 医薬品の交付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（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。

合は記載を省略しても差し支えないこと。

④ 「保険医氏名⑨」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（署名または記名押印）。

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。

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

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。特に鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付薬（麻薬若しくは向精神薬であるもの又は専ら皮膚疾患に用いるものを除く。）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、医療上の必要性があるため、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（医療上必要）」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) 患者の希望を踏まえ、長期収載品を銘柄名処方する場合には、「患者希望」欄に「✓」又は「×」を記載すること。
- (8) 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。
- (9) 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。
- (10) なお、内服薬の処方箋への記載に当たっては、「内服薬処方箋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、医療上の必要性があるため、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。また、電子処方箋を発行する際は、「薬品補足レコード」内の「薬品補足情報」欄に、後発品変更不可の理由を記載した場合は、「備考」欄の記載は省略しても差し支えない。

- (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枚を超えて鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付薬（麻薬若しくは向精神薬であるもの又は専ら皮膚疾患に用いるものを除く。）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ついては、「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。

2 本解説の「内服薬の投与量表記」について

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ますが、多くの医療機関において1 日量処方が広く使用されている現状を考慮して**本解説は1 日量記載で表しています**。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 回分量を記載しています。

「内服薬処方箋の記載方法の在り方に関する検討会」報告書につきましては、厚生労働省 HP の法令・通知「医療安全対策に係る制度等に関するもの」の平成 22 年 1 月 29 日付「内服薬処方箋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（周知依頼）」をご参照ください。

<https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/hourei/dl/100129-1.pdf>

「1 回量処方」の記載例は、厚生労働省 HP の「内服薬処方箋の記載方法の標準化に向けた取組に

ついて」をご参照ください。

[https://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0325-](https://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0325-10n.pdf#:~:text=%E3%80%8C%E5%86%85%E6%9C%8D%E8%96%AC%E5%87%A6%E6%96%B9%E3%81%9B%E3%82%93%E8%A8%98%E8%BC%89)

[10n.pdf#:~:text=%E3%80%8C%E5%86%85%E6%9C%8D%E8%96%AC%E5%87%A6%E6%96%B9%E3%81%9B%E3%82%93%E8%A8%98%E8%BC%89](https://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0325-10n.pdf#:~:text=%E3%80%8C%E5%86%85%E6%9C%8D%E8%96%AC%E5%87%A6%E6%96%B9%E3%81%9B%E3%82%93%E8%A8%98%E8%BC%89)

Q1 医薬品名の書きかた

(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 7

交付年月日		令和6年10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 (治療上必要)	患者希望	個々の処方薬について、医療上の必要があるため、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。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「✓」又は「×」を記載すること。							
			Rp. 1 モンテルカスト錠 1錠 分1 就寝前服用 14日分							
			Rp. 2 ツムラ No.29 9g 分3 毎食間服用 14日分							
			Rp. 3 シムビコート 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 ☐ （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。） ☐ 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		印		公費負担医療の 受給者番号							

正解

正しい表記)

Rp.1 【般】モンテルカスト錠 10mg

Rp.2 ツムラ麦門冬湯エキス顆粒（医療用）

Rp.3 シムビコート タービュヘイラー 60 吸入

* モンテルカストには、成人用の 5mg 錠、10mg 錠、OD10mg 錠と
小児用のチュアブル錠 5mg、細粒 4 mg など複数剤形があります

* 略語は認められていません

* シムビコートには 30 吸入用と 60 吸入用があります

【チェックポイント】

- ① 医薬品名は「名称」＋「含量・規格」＋「剤形」を記載してください。
- ② 「略称」、「約束処方」は認められていません。

解説(法的根拠等)

「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について

保医発 0712 第 1 号 令和 6 年 7 月 1 2 日 一部抜粋

第 5 処方箋の記載上の注意事項

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。

- (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。

Q2 分量・用法の書きかた

(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	7

交付年月日	令和6年10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 (治療上必要)	患者希望	個々の処方薬について、医療上の必要があるため、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更には、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。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「✓」又は「×」を記載すること。
			Rp.1 酸化マグネシウム錠 330mg 「ヨシダ」 3錠 分3 毎食後 14日分 Rp.2 ラキシベロン内用液 0.75% 1本 Rp.3 セルタッチパップ70 9包 ——— 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。
	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	印	公費負担医療の 受給者番号							

正解

正しい表記)

Rp.1 酸化マグネシウム錠 330mg 「ヨシダ」	3 錠
分 3 毎食後	14 日分
Rp.2 ラキソベロン内用液 0.75%	<u>10mL</u>
便秘時 1 回 10 滴～15 滴	
Rp.3 セルタッチパップ 7 0	<u>63 枚</u>
<u>腰</u> 1 日 1 回 1 回 2 枚 貼付	

部位の指示も必要です

【チェックポイント】

① 処方箋には「分量」、「用法」及び「用量」が必要になります。

解説(法的根拠等)

診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について
保医発 0712 第 1 号 令和 6 年 7 月 12 日 から一部抜粋

第 5 処方箋の記載上の留意事項

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。

(1) 前頁参照

(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。特に鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤（麻薬若しくは向精神薬であるもの又は専ら皮膚疾患に用いるものを除く。）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。

Q3-1 用法・用量の書きかた

(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 令										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6年10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 (治療上必要)	患者希望	個々の処方薬について、医療上の必要があるため、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。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「✓」又は「×」を記載すること。									
			Rp.1 メチコバル錠 500 μ g 3錠 1日3回 28日分 Rp.2 リウマトレックスカプセル 2mg 2Cap 分2 医師の指示通り 4日分 Rp.3 リウマトレックスカプセル 2mg 1Cap 分1 医師の指示通り 4日分 Rp.4 シムビコートタービュヘイラー60 吸入 2キット 用法口授 ——— 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。									
	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		印		公費負担医療の 受給者番号													

正解

正しい表記)

Rp.1	メチコバル錠 500 μ g	3 錠
	分 3 毎食後服用	28 日分
Rp.2	リウマトレックスカプセル 2mg	2 Cap
	木曜日 分 2 朝夕食後服用	4 日分
Rp.3	リウマトレックスカプセル 2mg	1 Cap
	金曜日 分 1 朝食後服用	4 日分
Rp.4	シムビコートタービュヘイラー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

【チェックポイント】

- ① 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。
- ② 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。
- ③ 特殊な用法がある場合は、その部分も口頭指示だけでなく処方箋に詳記する。

解説(法的根拠等)

「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について

保医発 0712 第 1 号 令和 6 年 7 月 12 日 一部抜粋

第 5 処方箋の記載上の注意事項

(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。

Q3-2 「頓服」用法・用量の書きかた

(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		045-761-3241									
	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6年10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 (治療上必要)	患者希望	個々の処方薬について、医療上の必要があるため、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。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「✓」又は「×」を記載すること。									
			Rp. 1 ロキソニン錠 60mg 1錠 必要時 10回分 Rp. 2 ナウゼリン錠 10mg 10錠 —— 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。									
	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		印		公費負担医療の 受給者番号													

正解

正しい表記)

Rp. 1	ロキソニン錠 60mg	1 錠	
	<u>頭痛時</u>		1 0 回分
Rp. 2	ナウゼリン錠 10mg	<u>1 錠</u>	
	<u>嘔気時</u>		<u>1 0 回分</u>

【チェックポイント】

屯服薬は1回分の服用量、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」などの場合は、疑義照会の対象となる。

解説(法的根拠等)

「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について

保医発 0712 第1号 令和6年7月12日 一部抜粋

第5 処方箋の記載上の注意事項

(2) 分量は、屯服薬については1回分量を記載すること。

Q4 注射薬の処方書きかた

(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 令										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6年10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 (治療上必要)	患者希望	個々の処方薬について、医療上の必要があるため、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。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「✓」又は「×」を記載すること。									
			Rp.1 ノボラピッド注フレックスタッチ 300単位 1日3回 毎食直前 35日分 Rp.2 ナノパスニードルII 2箱 ————— 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。									
	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		印		公費負担医療の 受給者番号													

正解

正しい表記)

Rp.1 ノボラピッド注フレックスタッチ 300 単位 5 キット

1 日 3 回 毎食直前 自己注射

朝 1 3 単位、昼 1 0 単位、夕 1 3 単位

Rp.2 万年筆型注入器用注射針 超微細型

ナノパスニードルⅡ 3 4 G 4 m m 1 4 0 本

【チェックポイント】

注射薬は薬価収載されている包装単位で処方してください。その際、空打ち分も含めて処方量を設定してください。

インスリン製剤は1 回当りの投与量（単位）、使用回数、使用時点等を記載してください。「用法口授」「医師の指示通り」などの指示は用法未記載となり薬剤師から疑義照会を受けることになります。

- ① 注射針には多数の規格があります。正確な名称と針の太さ（G ゲージ）や長さの単位を記載してください。
- ② 院外処方する注射針は注射薬と同時に処方されていることが条件となり、注射針のみの処方はできません。

※『医科点数 F 4 0 0 処方箋料 通知（9）より』

同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方箋により投薬することは、原則として認められない。

また、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。

解説(法的根拠等)

「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について

保医発 0712 第 1 号 令和 6 年 7 月 1 2 日 一部抜粋

第 5 処方箋の記載上の注意事項

- (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プレイ注射器（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。

特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項

- 1 特定保険医療材料の算定に係る一般的事項

(1)療養に要する費用の額の算定に当たって、保険診療に用いられる医療機器・材料（薬事法等の一部を改正する法律（平成 25 年法律第 84 号）第 1 条の規定による改正前の薬事法（昭和 35 年法律第 145 号）又は医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和 35 年法律第 145 号）に基づく承認又は認証（以下「薬事承認又は認証」という。）を得たものであって、超音波診断装置、C T、MR I 等の装置類は除く。以下「保険医療材料」という。）に係る費用を手技料及び薬剤料と別途算定する場合は、当該医療機器の費用の額は、材料価格基準別表の各項（関係通知において準用する場合を含む。）に規定されている材料価格により算定する。

(2)特掲診療料の各部において、特定保険医療材料を算定する場合には、特定保険医療材料の材料価格を 10 円で除して得た点数となるが、この場合において端数が生じた場合は端数を四捨五入して得た点数とする。

(3)特定保険医療材料以外の保険医療材料については、当該保険医療材料を使用する手技料の所定点数に含まれており、別途算定できない。また、特定保険医療材料以外の保険医療材料を処方箋により給付することは認められない。さらに、保険医療材料を患者に持参させ、又は購入させてはならない。

(4)特定保険医療材料は、薬事承認又は認証された使用目的以外に用いた場合は算定できない。

Q5-1 ジェネリック薬品変更不可（医療上の必要性あり）

（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		045-761-3241										
	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		1 2 3 4 5 6 7						
		交付年月日		令和6年10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 (治療上必要)	患者希望	個々の処方薬について、医療上の必要があるため、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。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「✓」又は「×」を記載すること。																
	×		Rp. 1 【般】 アムロジピン口腔内崩壊錠 5mg 1錠 分1 朝食後服用 28日分 先発でお願いします。																
	×		Rp. 2 アジルサルタンOD錠 10mg 「〇〇〇」 1錠 分1 朝食後服用 28日分 —— 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。												
	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	印					公費負担医療の 受給者番号						

正解

正しい表記)

× Rp.1 アムロジン OD 錠 5mg

--- Rp.2 アジルサルタン OD 錠 10mg 「〇〇〇」

「剤形変更不可」

一般名処方箋は「変更不可」欄が使用されることはありません

【チェックポイント】

① 後発医薬品への変更を不可とする場合

処方箋に記載した医薬品ごとに、「変更不可（医療上必要）」欄に「✓」又は「×」を記載して、「備考」欄中の「保険医署名」欄に署名等を行う必要があります^{※1, 2}。一般名処方箋は、先発医薬品か後発医薬品かといった個別の銘柄にこだわらない処方の方法であるため、「変更不可」欄が使用されることはありません^{※2, 3}。

② 類似する別剤形の後発医薬品への変更を不可とする場合

処方箋に記載した医薬品と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場合は、医薬品の銘柄名の近傍に「**剤形変更不可**」と記載して明確に分かるようにする必要があります^{※2}。

解説(法的根拠等)

※1 長期収載品の処方等又は調剤について(保医発 0327 第 11 号 令和6年3月 27 日)

※2 「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について (保医発 0712 第1号 令和6年7月 12 日)

※3 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(保医発 0305 第1号 平成 24 年3月5日)

長期収載品の処方等又は調剤について

保医発 0327 第 11 号 令和 6 年 3 月 27 日 一部抜粋

第 1 処方箋様式に関する事項

1 改訂の趣旨

(2) 具体的には、次に掲げる改正を行うこととしたこと。

- ① 「変更不可」欄に「(医療上必要)」を追加し、処方を行う保険医（以下「処方医」という。）が、処方箋に記載した医薬品（長期収載品）について、医療上の必要性があるため、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に、「変更不可（医療上必要）」欄に「✓」又は「×」を医薬品ごとに記載し、かつ、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印することとしたこと。

② (省略)

「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について

保医発 0712 第 1 号 令和 6 年 7 月 12 日 一部抜粋

第 5 処方箋の記載上の注意事項

- (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、医療上の必要性があるため、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(医療上必要)」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) 患者の希望を踏まえ、長期収載品を銘柄名処方する場合には、「患者希望」欄に「✓」又は「×」を記載すること。

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

保医発 0305 第 1 号 平成 24 年 3 月 5 日 一部抜粋

- (8) 「注 6」に規定する加算は、後発医薬品のある医薬品について、薬価基準に収載されている品名に代えて、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。)による処方箋を交付した場合に限り算定できる。なお、一般名処方とは、単に医師が先発医薬品か後発医薬品かといった個別の銘柄にこだわらずに処方を行っているものであり、交付した処方箋に 1 品目でも一般名処方されたものが含まれていれば算定できる。また、一般名処方を行った場合の(4)の取扱いにおいて、「種類」の計算にあたっては、該当する医薬品の薬価のうち最も低いものの薬価とみなすものとする。

Q5-2 ジェネリック薬品変更不可 (患者希望)

(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	7

交付年月日	令和6年10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 (治療上必要)	患者希望	個々の処方薬について、医療上の必要があるため、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。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「✓」又は「×」を記載すること。
	×	Rp. 1 【般】アムロジピン口腔内崩壊錠 5mg 分 1 朝食後服用 先発でお願いします。	1 錠 28 日分
	×	Rp. 2 アジルサルタンOD錠 10mg 「○○○」 分 1 朝食後服用 —— 以下余白 ——	1 錠 28 日分

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。） □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	印	公費負担医療の 受給者番号							

正解

正しい表記)

× Rp.1 アムロジン OD 錠 5mg

Rp.2 アジルサルタン OD 錠 10mg 「〇〇〇」

【チェックポイント】

- ① 患者希望により後発医薬品のある先発医薬品を選択する場合
処方箋に後発医薬品のある先発医薬品（以下、長期収載品と記載する。）を銘柄名で記載して、「患者希望」欄に「✓」又は「×」を記載する必要があります※¹。一般名処方、先発医薬品か後発医薬品かといった個別の銘柄にこだわらない処方の方法であるため、「変更不可」欄が使用されることはありません※^{2, 3}。
- ② 患者希望による長期収載品を処方する場合にのみ使用することから、後発医薬品の銘柄名を希望する場合に使用することは適切ではありません※¹。

解説(法的根拠等)

※¹ 長期収載品の処方等又は調剤について(保医発 0327 第 11 号 令和6年3月27日)

※² 「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について（保医発 0712 第1号 令和6年7月12日）

※³ 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(保医発 0305 第1号 平成 24 年3月5日)

長期収載品の処方等又は調剤について

保医発 0327 第 11 号 令和 6 年 3 月 27 日 一部抜粋

第 1 処方箋様式に関する事項

1 改訂の趣旨

(3) 具体的には、次に掲げる改正を行うこととしたこと。

- ① (前頁に記載があるため省略)
- ② 「患者希望」欄を新設し、患者の希望を踏まえ、長期収載品を銘柄名処方する場合には、「患者希望」欄に「✓」又は「×」を医薬品ごとに記載することとしたこと。

「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について

保医発 0712 第 1 号 令和 6 年 7 月 12 日 一部抜粋

(前頁に記載があるため省略)

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

保医発 0305 第 1 号 平成 24 年 3 月 5 日 一部抜粋

(前頁に記載があるため省略)

Q6 麻薬の処方箋の注意点

(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	7

交付年月日	令和 6 年 10 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 (治療上必要)	患者希望	個々の処方薬について、医療上の必要があるため、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。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「✓」又は「×」を記載すること。
			Rp. 1 【般】 オキシコドン徐放錠 5mg 20mg 2 錠 分 2 12 時間毎 35 日分 Rp. 2 【般】 オキシコドン塩酸塩散 5mg 1 包 疼痛時 30 回分 Rp. 3 【般】 モルヒネ塩酸塩坐剤 10mg 10 個 疼痛時 1 回 1 個肛門に挿入 ————— 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。
	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	
	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 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	印	公費負担医療の 受給者番号							

正解

正しい表記)

- Rp.1 【般】オキシコドン徐放錠~~5mg~~  20mg 2錠 ←POINT ①
分2 12時間毎 28日分 ←POINT ②
- Rp.2 【般】オキシコドン塩酸塩散 5mg
疼痛時 1時間空けて追加投与可 ←POINT ③
- Rp.3 【般】モルヒネ塩酸塩坐剤 10mg
疼痛時 飲めない時 1回1個肛門に挿入 2時間空けて再度使用可

【チェックポイント】

- ① 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、正しい事項を記載してください。また、処方医による訂正とわかるように、抹消した箇所には訂正印(上記「保険医氏名」欄と同じ印鑑)を押してください。
- ② オキシコドン徐放錠は投薬期間30日が限度とされています。(年末年始等の特殊事情があっても30日を超える処方是不可)
- ③ レスキュー薬を処方する際は、使用タイミングや使用間隔などをできる限り具体的に記載してください。
- ④ 麻薬処方箋は、備考欄に「麻薬施用者免許証番号」、「患者住所」を記載する必要があります。麻薬施用者免許を継続手続きした際に、電子カルテ上の麻薬施用者免許証番号の変更も忘れずにお願いします。
- ⑤ オキシシンチンTR錠や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、流通管理のため処方医師のe-learning受講と毎回患者への確認書の交付が必要です。処方箋を薬局で提出する際、確認書も薬剤師に提出するよう患者に説明してください。

解説(法的根拠等)

厚労省 保険診療確認事項リスト (医科) 令和5年度改訂版 ver.3

[001113814.pdf \(mhlw.go.jp\)](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/shingi2_001113814.pdf)

I 診療に係る事項> 1 診療録

(2) 紙媒体の記録について、次の不適切な例から抜粋(一部訂正)

『[修正液・修正テープ・塗りつぶし・貼紙] により訂正している場合、訂正前の記載内容が判別できない。訂正は訂正した者、内容、日時等が分かるように行う』

上記から、厚生労働省保険局医療課医療指導監査室は、その確認プロセスの中で責任の所在を明確にすることを求めています。処方内容の修正は、訂正前の記載内容が判別できるよう二重線で訂正し、訂正した担当者が分かるように押印してください。

保険医療機関及び保険医療養担当規則

厚生省令第 15 号 昭和 32 年 4 月 30 日 一部抜粋

第 20 条 2 投薬

へ 投薬量は、予見することができる必要期間に従ったものでなければならないこととし、厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに 1 回 14 日分、30 日分又は 90 日分を限度とする。

療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等

厚生労働省告示第 107 号 平成 18 年 3 月 6 日

第 10 厚生労働大臣が定める注射薬等

2 投薬期間に上限が設けられている医薬品

麻薬及び向精神薬取締法

法律第十四号 昭和二十八年三月十七日

第二十七条 6 麻薬施用者は、麻薬を記載した処方箋を交付するときは、その処方箋に、患者の氏名(患者にあつては、その種類並びにその所有者又は管理者の氏名又は名称)、麻薬の品名、分量、用法用量、自己の氏名、免許証の番号その他厚生労働省令で定める事項を記載して、記名押印又は署名をしなければならない。

病院・診療所における麻薬管理マニュアル

薬食監麻発 0415 第 2 号 平成 23 年 4 月 15 日 一部抜粋

第 5 麻薬処方箋の交付(法第 27 条)

(1) 麻薬処方箋には、麻薬施用者自身が次の事項を記載する必要があります。

① 患者の氏名、年齢(又は生年月日)

② 患者の住所

③ 麻薬の品名、分量、用法、用量(投薬日数を含む)

④ 処方箋の使用期間(有効期間)

⑤ 処方箋発行年月日

⑥ 麻薬施用者の記名押印又は署名、免許番号

⑥ 麻薬診療施設の名称、所在地

Q7 リフィル処方箋の書きかた

(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 令										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6年10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 (治療上必要)	患者希望	個々の処方薬について、医療上の必要があるため、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。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「✓」又は「×」を記載すること。									
			Rp.1【般】テオフィリン徐放錠 400mg (24時間持続) 1錠 分1 夕食後 30日分 Rp.2 テリルジー200 エリプタ 30 吸入用 1キット 1日1回 1回1吸入 Rp.3【般】ゾルピデム酒石酸塩錠 5mg 1錠 分1 就寝前 30日分 _____ 以下 余白 _____ リフィル可 ☒ (3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。） ☐ 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		印		公費負担医療の 受給者番号															
-----------------------------	--	---	--	------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

正解

正しい表記)

Rp. 1 【般】 テオフィリン徐放錠 400m g (24 時間持続) 1 錠
分 1 夕食後 30 日分
Rp. 2 テリルジー200 エリプタ 30 吸入用 1 キット
1 日 1 回、1 回 1 吸入 30 日分

_____ 以下 余白 _____
リフィル可 ☒ (3 回)

Rp. 1 【般】 ゾルピデム酒石酸塩錠 5 m g 1 錠
分 1 就寝前 30 日分

_____ 以下 余白
リフィル可 ☐ (回)

リフィル処方できない医薬品は、
処方箋を分けて記載する

【チェックポイント】

- ① 外用薬をリフィル処方する場合でも、必ず投薬日数を記入すること。
- ② ゾルピデム酒石酸塩錠は投薬期間に上限が設けられている医薬品のため、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は、処方箋を分ける必要がある。

解説(法的根拠等)

「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について

保医発 0712 第 1 号 令和 6 年 7 月 1 2 日 一部抜粋

第 5 処方箋の記載上の注意事項

- (8) 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。
- (9) 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。

リフィル処方せんにより処方することが出来ない医薬品について

療担規則第 20 条第 3 号ロ及び療担基準第 20 条第 4 号ロに規定するリフィル処方箋により処方することができない医薬品として、第 10 の 4 の①から③までに掲げる投薬期間に上限が設けられている医薬品及び鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤（麻薬若しくは向精神

薬であるもの又は専ら皮膚疾患に用いるものを除く。）を定めたものであること。

「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項についての一部改正について

保医発 0327 第 10 号 令和 6 年 3 月 27 日 一部抜粋

第 10 厚生労働大臣が定める注射薬等(掲示事項等告示第 10 関係)

4 投薬期間に上限が設けられている医薬品

- ① 投薬量又は投与量が 14 日分を限度とされる内服薬及び外用薬並びに注射薬として、麻薬及び向精神薬取締法（昭和 28 年法律第 14 号）第 2 条第 1 号に規定する麻薬等を定めたものである。
- ② 投薬量又は投与量が 30 日分を限度とされる内服薬及び外用薬並びに注射薬として、アルプラゾラム等を定めたものである。
- ③ 投薬量が 90 日分を限度とされる内服薬として、ジアゼパム等を定めたものである。

第 10 の 2 リフィル処方箋に係る厚生労働大臣が定める医薬品(掲示事項等告示第 10 の 2 関係)

Q8 「在宅訪問指示」 処方書の書きかた

(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		7

交付年月日		令和6年10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 (治療上必要)	患者希望	個々の処方薬について、医療上の必要があるため、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。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「✓」又は「×」を記載すること。														
			Rp.1 センノシド錠 12mg 「サワイ」 2錠 分1 就寝前 14日分														
			Rp.2 ナルサス錠 2mg 1錠 ナルサス錠 6mg 1錠 分1 朝食後 14日分														
			Rp3 ナルラピド錠 1mg 1錠 疼痛時 30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。														
	麻薬施用者番号：1111111																
	患者住所：横浜市中区松影町〇-△-□																

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		印		公費負担医療の 受給者番号													

正解

望ましい表記)

処方箋『備考』欄へ「訪問」、「居宅療養管理指導」や「訪問指示」の指示を記載するのが良い。ただし指示の記載内容について決まりはありません。

【チェックポイント】

- ① 備考欄に訪問の指示が分かるように記載してください。

解説(法的根拠等)

令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 5) (令和3年4月9日)

問3 居宅療養管理指導における医師又は歯科医師の指示は、どのような方法で行えばよいか。

(答) ・ 指示を行うにあたっては、当該居宅療養管理指導に係る指示を行う医師又は歯科医師と同じ居宅療養管理指導事業所に勤務する者に指示する場合や緊急等やむを得ない場合を除き、診療状況を示す文書、処方箋等(メール、FAX等でも可)(以下「文書等」という。)に、「要訪問」「訪問指導を行うこと」等、指示を行った旨がわかる内容及び指示期間(6月以内に限る。)を記載すること。ただし、指示期間については、1か月以内(薬剤師への指示の場合は処方日数(当該処方のうち最も長いもの)又は1か月のうち長い方の期間以内)の指示を行う場合は記載不要であり、緊急等やむを得ない場合は後日指示期間を文書等により示すこと。

・ なお、医師又は歯科医師の指示がない場合は算定できないことに留意すること。

令和4年度診療報酬改定 疑義解釈資料の送付について(その1)(令和4年3月31日) 調剤報酬点数表関係

問37 在宅患者訪問薬剤管理指導における医師の指示は、どのような方法で行えばよいか。

(答) 医師による訪問の指示については、診療状況を示す文書、処方箋等(電子メール、FAX等によるものを含む。以下「文書等」という。)に、「要訪問」「訪問指導を行うこと」等の指示を行った旨が分かる内容及び処方日数を記載することにより行われる必要がある。ただし、処方日数については、処方から1か月以内の訪問を指示する場合は記載されている必要はなく、緊急やむを得ない場合においては、後日文書等により処方日数が示されていればよい。

Q9 「吸入指導」など連携依頼の指示の書きかた

(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		7

交付年月日		令和6年10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 (治療上必要)	患者希望	個々の処方薬について、医療上の必要があるため、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。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「✓」又は「×」を記載すること。														
			Rp.1 【般】モンテルカスト錠10mg 1錠 分1 就寝前 14日分 Rp.2 【般】カルボシステイン錠500mg 3錠 分3 毎食後 14日分 Rp.3 シムビコートタービュヘイラー60吸入用 2キット 1日2回 1回2吸入 増悪時適宜吸入可 ——— 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。														
	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		印		公費負担医療の 受給者番号													

正解

正しい表記)

Rp.3 シムビコートタービューヘイラー 60 吸入

1 日 2 回 1 回 2 吸入

増悪時 1 回 2 吸入追加 1 日最大 8 吸入まで
吸入指導をお願いします

吸入指導の必要性があれば、処方箋に
「指導の必要性」を指示してください

【チェックポイント】

- ① 喘息または慢性閉塞性肺疾患の患者に対し、処方医の指示のもと、吸入薬の適切な使用方法の口頭説明のみならず、文書を用いての説明、練習用吸入器を用いた指導を行い、正確な吸入ができているか医療機関に対し文書（お薬手帳も含む）により情報提供する連携が行えます。
- ② 用法は臨時使用等の方法についても具体的に内容を記載してください。
- ③ 「医師の指示通り」「適宜使用」などの記載は認められていません。
- ④ 特に使用に関する理解不足やコンプライアンス不良、あるいはデバイス変更があった場合など、吸入指導の必要性があれば、具体的に指導の必要性を指示してください。

解説(法的根拠等)

◆別添3

調剤報酬点数表に関する事項

区分14の4 調剤後薬剤管理指導料

11 吸入薬指導加算

(1) 吸入薬指導加算は、喘息又は慢性閉塞性肺疾患の患者が吸入薬を適切に使用し、治療効果の向上や副作用の回避に繋がるよう、以下のア及びイを行った場合に3月に1回に限り算定する。ただし、当該患者に対し他の吸入薬が処方された場合であって、必要な吸入指導等を別に行ったときには、前回の吸入薬指導加算の算定から3月以内であっても算定できる。

ア 文書及び練習用吸入器等を用いて、吸入手技の指導を行い、患者が正しい手順で吸入薬が使用されているか否かなどの確認等を行うこと。

イ 保険医療機関に対し、吸入指導の結果等を文書により情報提供を行うこと。

(2) 当該加算に係る指導は以下のア又はイの場合に、患者の同意を得て行うものであること。

ア 保険医療機関からの求めがあった場合

イ 患者若しくはその家族等の求めがあった場合等、吸入指導の必要性が認められる場合であって、医師の了解を得たとき

(3)省略

(4) (1)の「吸入指導の結果等を文書により情報提供を行うこと」とは、吸入指導の内容や患者の吸入手技の理解度等について、保険医療機関に情報提供することであり、文書の他、手帳により情報提供することでも差し支えない。ただし、患者への吸入指導等を行った結果、患者の当該吸入薬の使用について疑義等がある場合には、処方医に対して必要な照会を行うこと。

(5) (6)省略

Q10 「糖尿病」「心不全」など連携依頼の指示の書きかた

(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		7

交付年月日		令和6年10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 (治療上必要)	患者希望	個々の処方薬について、医療上の必要があるため、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。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「✓」又は「×」を記載すること。													
			Rp. 1 ノボラピッド注 フレックスタッチ 300単位 3キット 注射 1日2回 朝夕食直前 (朝13単位、夕13単位) —— 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。													
	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		印		公費負担医療の 受給者番号													

正解

正しい表記)

Rp.1 ノボラピッド注 フレックスタッチ 300 単位 3キット

注射 1日2回 朝夕食直前

(朝 13 単位、夕 13 単位)

糖尿病薬に関する指導をお願いします

薬局は、処方医の指示のもと「調剤後薬剤管理指導」を行います

【チェックポイント】

- ① 地域支援体制加算の算定をしている薬局において、調剤後も患者に対し副作用の有無の確認や指導を行い、医療機関と連携して患者を支援することを評価する薬局の評価として「調剤後薬剤管理指導料」があります。医科の地域包括診療料に係る対象疾患である糖尿病が算定対象範囲となっており、薬剤師の服薬期間中のフォローアップが糖尿病治療薬の適正使用を推進することが期待されています。
- ② 特に初回投与時・用量変更時など、糖尿病治療薬の薬剤管理指導の必要があれば、具体的に指導を指示してください。
- ③ 同様に、慢性心不全患者で薬剤師による指導の必要性がある場合も、処方欄へ指示を記載してください。

解説(法的根拠等)

◆別添3

調剤報酬点数表に関する事項

区分14の4 調剤後薬剤管理指導料

(1) 調剤後薬剤管理指導料の「1」は、新たに糖尿病用剤が処方等された患者に対し、薬物治療を適切に継続する観点から、地域支援体制加算を届け出ている保険薬局の保険薬剤師が、調剤後に電話等により、その使用状況、患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無等について患者に確認する等、必要な薬学的管理指導を行うとともに、その結果等を受診中の保険医療機関に文書により情報提供した場合に算定する。なお、当該指導料に係る薬剤の調剤と同日に電話等により使用状況の確認等を行った場合には算定できない。

(2) (1)の「新たに糖尿病用剤が処方等された患者」とは次のいずれかに該当する患者をいう。

ア 新たに糖尿病用剤が処方された患者

イ 糖尿病用剤の用法・用量の変更があった患者

(3) 調剤後薬剤管理指導料の「2」は、心疾患による入院歴のある作用機序が異なる複数の治療薬の処方を受けている慢性心不全患者に対し、薬物治療を適切に継続するとともに、特に入院歴を有する慢性心不全患者の再入院を抑制する観点から、地域支援体制加算を届け出ている保険薬局の保険薬剤師が、調剤後に電話等により、その使用状況、患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無等について患者に確認する等、必要な薬学的管理指導を行うとともに、その結果等を受診中の保険医療機関に文書により情報提供した場合に算定する。なお、当該指導料に係る薬剤の調剤と同日に電話等により使用状況の確認等を行った場合には算定できない。

(4) (3)の「心疾患による入院歴のある作用機序が異なる複数の治療薬の処方を受けている慢性心不全患者」とは、日本循環器学会及び日本心不全学会が作成する最新の「急性・慢性心不全診療ガイドライン」等を参照し、複数の作用機序の異なる循環器疾患に係る治療薬の処方を受けている慢性心不全患者をいう。

(5) 調剤後薬剤管理指導料に係る電話等による当該治療薬の服薬状況の確認等は、以下のいずれかの場合に患者の同意を得て行うものであること。なお、電話等による確認方法については、電話の他に情報通信機器を用いた方法も含まれるが、患者等に一方的に情報発信すること（例えば、一律の内容の電子メールを一斉送信すること）のみでは、継続的服薬指導を実施したことにはならず、個々の患者の状況等に応じて必要な対応を行うこと。

ア 保険医療機関からの求めがあった場合

イ 患者若しくはその家族等の求めがあり、保険薬剤師が調剤後の薬剤管理指導を必要と認め、医師の了解を得た場合

◆調剤後薬剤管理指導料についての疑義解釈

疑義解釈資料の送付について（その1） 厚生労働省 令和6年3月28日

Q:心疾患による入院歴のある作用機序が異なる複数の治療薬の処方を受けている慢性心不全患者に、新たに糖尿病用剤が処方等された場合に、それぞれの疾患に関して必要な薬学的管理指導等を行った場合に、調剤後薬剤管理指導料「1」及び「2」を同一月に算定可能か。

A:それぞれの要件を満たせば算定可。ただし、単に慢性心不全の治療にも用いられることがある糖尿病剤が処方されているだけでは要件を満たしたことにはならないことに留意すること。

Q11 「ディスプレイザブルポンプ」処方の書きかた

(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 6 年 10 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 (治療上必要)	患者希望	個々の処方薬について、医療上の必要があるため、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。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「✓」又は「×」を記載すること。
	Rp. 1 モルヒネ塩酸塩注射液 10mg 持続皮下注射 8日分 Rp. 2 インフューザーポンプ 1個 ————— 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。
	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	印	公費負担医療の 受給者番号							

正解

正しい表記)

Rp.1 モルヒネ塩酸塩注射液 10 mg/1ml 8A
大塚生食注 100ml 1 本

ここは
投与総量を記載

令和○年○月○日○時から持続皮下注、1 回分
モルヒネ塩酸塩注射液 8A と大塚生食注 88ml を
シュアーフューザーA(100ml)に全量 96ml 充填
投与速度 0.5ml/hr、PCA1 回量 0.5ml
ロックアウトタイム 15 分
モルヒネ 1 日持続投与量 10mg

Rp.2 シュアーフューザーA PCA セット(100ml) 1 セット
ー以下余白ー

* 麻薬を処方の場合、備考欄へ「麻薬施用者番号」「患者住所」を記載

麻薬施用者番号 ○○ー○○

患者住所 神奈川県○市××○○ー○

【チェックポイント】

- ① モルヒネ塩酸塩注射液は 10mg/1ml、50mg/5ml、200mg/5ml の複数規格がありますので規格単位の指定をお願いします
- ② 服用（使用）に際しての留意事項等として、投与速度、PCA 1 回量、ロックアウトタイム、1 日持続投与量の記載をお願いします
- ③ ディスポーザブルポンプ（特定保険医療材料）を保険薬局から出す場合は商品名及びセット数の記載をお願いします

解説(法的根拠等)

「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について

保医発 0712 第 1 号 令和 6 年 7 月 1 2 日 一部抜粋

第 5 処方箋の記載上の注意事項

7 処方欄について

(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。特に鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤（麻薬若しくは向精神薬であるもの又は専ら皮膚疾患に用いるものを除く。）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。

8 「備考」欄について

(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。

Q12 「オンライン診療（初診の場合）」に伴う処方箋の書きかた

（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 7				

交付年月日		令和 6 年 10 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 （治療上必要）	患者希望	個々の処方薬について、医療上の必要があるため、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。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「✓」又は「×」を記載すること。												
			Rp. 1 【般】アムロジピン錠 5mg 1日1回 朝食後 1錠 30日分												
			Rp. 2 テネリア錠 20mg 1日1回 夕食後 1錠 30日分												
			Rp. 3 【般】ゾルピデム酒石酸塩錠 5mg 1日1回 寝る前 ————— 以下 余白 ————— 1錠 30日分												

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。） ☐ 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	印		公費負担医療の受給者番号							

正解

		Rp. 1 【般】 アムロジピン錠 5mg 分 1 朝食後 初診の場合は7日分までしか処方できません ↗ 7日分 Rp. 2 テネリア錠 20mg 1錠 分 1 夕食後 30日分 ↑ハイリスク薬のため初診の場合は処方できません Rp. 3 【般】 ゴルピデム酒石酸塩錠 5mg 1錠 分 1 寝る前 30日分 ↑向精神薬のため初診の場合は処方できません 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、署名又は記名・押印すること。
		「情報通信」 ← オンライン診療で処方箋を発行する場合 * なお、患者が「オンライン服薬指導」を希望する場合は、 「オンライン対応」と記載してください
	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）	

【チェックポイント】

- ① オンライン診療の実施に伴い処方箋を発行する場合は、処方箋の備考欄へ「**情報通信**」と記載してください
 - ② 初診の場合、麻薬及び向精神薬、8日分を超える処方及び、診療報酬における薬剤管理指導料の「1」の対象となる薬剤（いわゆるハイリスク薬など）の処方できません。
 - ③ 患者さんがオンライン服薬指導を希望する場合
 - (ア) 備考欄に「**オンライン対応**」のコメント記載が必要となります。
 - (イ) 処方箋は医療機関から患者が希望する薬局にファクシミリ、メール等により処方箋情報を送付。診療録には送付先の薬局を記載してください。
 - (ウ) また、医療機関は、対面診療及びオンライン診療のいずれの場合にも患者に処方箋原本を渡さずに、処方箋情報を送付した薬局に当該処方箋原本を送付してください。
- 参照：「オンライン服薬指導における処方箋の取扱いについて」の改定について

解説(法的根拠等)

「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について

保医発 0712 第1号 令和6年7月12日 一部抜粋

第5 処方箋の記載上の注意事項 1～7 省略

8 「備考欄」について (1)～(9) 省略

(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ついては、「情報通信」と記載すること。

「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に基づく「最低限遵守すべき事項」

i 現にオンライン診療を行っている疾患の延長とされる症状に対応するために 必要な医薬品については、医師の判断により、オンライン診療による処方を可能とする。患者の心身の状態の十分な評価を行うため、初診からのオンライン診療の場合及び新たな疾患に対して医薬品の処方を行う場合は、一般社団法人 日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを参考に行うこと。

ただし、初診の場合には以下の処方を行わないこと。

- 麻薬及び向精神薬の処方
- 基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する、特に安全管理が必要な薬品（診療報酬における薬剤管理指導料の「1」の対象となる薬剤※）の処方
- 基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する8日分以上の処方

また、重篤な副作用が発現するおそれのある医薬品の処方は特に慎重に行うとともに、処方後の患者の服薬状況の把握に努めるなど、そのリスク管理に最大限努めなければならない。

ii 医師は、患者に対し、現在服薬している医薬品を確認しなければならない。この場合、患者は医師に対し正確な申告を行うべきである。

～※薬剤管理指導料の「1」の対象となる薬剤～

抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、不整脈用剤、抗てんかん剤、血液凝固阻止剤（内服薬に限る。）、ジギタリス製剤、テオフィリン製剤、カリウム製剤（注射薬に限る。）、精神神経用剤、糖尿病用剤、膵臓ホルモン剤又は抗HIV薬（内服、注射）

その他

- 基礎疾患等の情報の把握については、過去の診療録、診療情報提供書、健康診断の結果、地域医療情報ネットワーク、お薬手帳、PHR（Personal Health Record）等をご活用ください。
- 新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけ変更に伴い、令和5年7月31日をもって、電話やオンラインによる診療にかかる診療報酬上の特例措置が終了しました。令和5年8月1日以降は、すべての医療機関において、令和4年度の診療報酬算定要件に基づいてオンライン診療の点数が算定されます。
- 現在、オンライン診療の点数を算定する場合には、事前に情報通信機器を用いた診療にかかる施設基準を届け出る必要があります。また、オンライン診療の実施に際しては「オンライン診療の適切な実施に関する指針」を遵守する必要があります。

よく見る間違い① 検査前に使用する薬剤、処置薬の処方

(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 6 年 10 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 (治療上必要)	患者希望	個々の処方薬について、医療上の必要があるため、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に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。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「✓」又は「×」を記載すること。
			Rp. 1 プルゼニド錠 12mg 2 錠 検査前日就寝前に服用 1 回分 Rp. 2 ニフレック配合内用剤 1 袋 検査当日の朝服用 1 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。
	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）	

[illegible]

正解

正しい表記)

検査のための医薬品（検査薬）は処方箋で投与できません。
保険請求上、院外処方になじまないものと解釈されています。

【チェックポイント】

- ① 手術や検査にかかわる薬剤（検査前投薬、検査食、検査時使用薬など）は、診療報酬の請求において、「投薬」ではなく「手術」や「検査」の項目に記載されるものであり、処方料、調剤料、処方箋料を算定することはできないとされている。院内で実施される行為に関連して使用される薬剤ということで、技術料の一部として、もしくは薬剤料のみ院内で請求という形が基本となっている。したがって、これらの薬剤は院外処方になじまないとされており、厚生局から指導を受ける対象となっている。
- ② 医療機関内において診療時・処置時に使用する薬剤（処置薬）を院外処方にて投薬することはできない。

解説(法的根拠等)

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（保医発 0304 第3号 平成28年3月4日）

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。

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・軀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、簡単な耳垢栓除去、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。

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のか。

（答） そのとおり。

上記通知により、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箋は交付できないことになります。

よく見る間違い② 投与日数制限のある薬剤（向精神薬他）

（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6年10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 (治療上必要)	患者希望	個々の処方薬について、医療上の必要があるため、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。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「✓」又は「×」を記載すること。					
			Rp. 1 デパス錠 1mg 1錠 分1 就寝前服用 60日分 ————— 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。	
	海外旅行のため長期処方		
	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	印	公費負担医療の受給者番号						

正解

正しい表記)

Rp.1

デパス錠 1 mg

1 錠

分 1 就寝前服用

30 日分

30 日制限の薬剤は、海外旅行などの理由であっても 31 日以上投与はできません

【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は長期の海外旅行等の特殊な事情がある場合において 1 回 30 日分を限度として投与できる。ただし 30 日制限、90 日制限の薬剤は特殊な事情があっても制限以上に処方できない。
- 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 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。

よく見る間違い③ 向精神薬の倍量処方、頓服での日数調整

（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 県薬院																																																																																																																							
	生年月日	明大 昭平 30年5月29日 男・女 令										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6年10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 (治療上必要)	患者希望	個々の処方薬について、医療上の必要があるため、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。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「✓」又は「×」を記載すること。																			
			Rp. 1 【般】 アムロジピン錠 5mg 1錠 分1 朝食後服用 60日分 Rp. 2 【般】 ゴルピデム酒石酸塩錠 5mg 2錠 分1 就寝前服用 30日分 ————— 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。																			
	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	印	公費負担医療の 受給者番号							

正解

正しい表記)

Rp.1	【般】 アムロジピン錠 5 mg	1 錠
	分 1 朝食後服用	60 日分
Rp. 2	【般】 ゾルピデム酒石酸塩錠 5 mg	<u>1 錠</u>
	分 1 就寝前服用	<u>30 日分</u>

不足分は、あらためて診察の上ご処方ください

【チェックポイント】

- ① 精神神経用剤や抗不安剤のうち、濫用等の恐れのある薬物については、麻薬及び向精神薬取締法（昭和 28 年法律第 14 号。以下「麻向法」）に規定する「向精神薬」に指定されており、投与上限日数取扱いに関する規定が設けられています。上限を超えた投与日数は処方できませんのでご注意ください。
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000137949.pdf>
- ② 本事例では、アムロジピン錠の処方日数 60 日に合わせて、ゾルピデム酒石酸塩錠（投与上限日数 30 日）が不足しないように 1 日服用量の倍量（本事例では 1 日 2 錠）で処方し、60 日間服用できるように投与日数の不実記載が行われています。このような処方を「倍量処方」と言い認められておりません（処方通りにゾルピデム酒石酸塩錠 5 mg を 1 回 2 錠で服用するのであれば倍量処方ではない）。
倍量処方は、薬袋に「1 日 1 回、1 回 2 錠服用」と表記され、過量服用による健康被害が生じる恐れがあります。不足分は改めて診察し、必要量をご処方ください。
- ③ 投与制限のある薬剤の日数制限以上（不足分）を頓服薬として追加処方する処方も散見されますが認められておりません。患者へ再受診をお勧めください。

解説(法的根拠等)

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®
			プロマゼパム	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	オプゾ®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	ドラル [®]
			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 [®]
			ブロマゼパム	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®

参考資料

「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等」及び
「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について
(平成 18 年 3 月 13 日 保医発 0313003 号)
(平成 28 年 3 月 4 日 保医発 0304 第 12 号)
(平成 30 年 厚生労働省告示第 42 号)

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	副 会 長	長崎 康俊
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	喜古 康博
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	小林 弘忠

〈 神奈川県薬剤師会 医療・介護保険委員会（令和6年度） 〉

委 員 長 河野 一規

副 委 員 長 梶谷 浩義、亀山 俊

委 員 今井 良紀、漆畑 俊哉、江島 慎太郎、
菅沼 賢吾、露木 聡史、長沼 寿志、
中原 茂之、林 成昭、三浦 健太、
村山 慶矩、吉田 匡志、渡辺 美穂

担 当 副 会 長 長津 雅則

担当常務理事 佐藤 克哉、小林 弘忠

担 当 理 事 阿部 正隆、夏目 善文、福嶋 仁、藤本 直樹

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。