様式第二号（第二十三条関係）

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										被保険者資格に係る記号・番号				・				（枝番）	

患者	氏　名			保険医療機関の所在地及び名称 電　話　番　号 保険医氏名　　㊞
	生年月日	明・大・昭・平・令　年　月　日	男・女	
	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

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（医療上必要）	患者希望	一部保険外療養	
				個々の処方薬について、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。 一部保険外療養の対象医薬品を処方した場合には、「一部保険外療養」の欄に、特別の料金の対象である場合は「○」を、特別の料金の対象外である場合は「－」を記載すること。

リフィル可　□　（　　回）　※リフィル処方箋とは、症状が安定している患者に発行し、最大３回まで反復利用できる処方箋

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。） □保険医療機関へ疑義照会した上で調剤　　□調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供

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こと。