

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 又は市町村番号		保険者番号	
公費負担医療又は老人医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	

氏名		保険医療機関の所在地及び名称 香川県高松市 仏生山町甲847番地1 高松市立みんなの病院 電話番号 087-813-7171
日生	年 月 日	保険医氏名 ㊟

区分	被保険者	0 割	都道府県番号 37	点数表番号 3	医療機関コード 7031769
----	------	-----	-----------	---------	-----------------

交付年月日	令和 1年 月 日	処方箋の使用期間	令和 1年 月 日 特に記載のある場合を除き、交付の日付を含め4日以内に保険薬局に提出してください。
-------	-----------	----------	---

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「✓」または「×」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

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「✓」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

備考	変更不可欄に「✓」又は「×」を記載した場合、以下に署名又は記名・押印すること。 保険医署名 ㊟
----	---

調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号	
--------	----------	---------	--

保険薬局の所在地名称 保険薬剤師氏名 ㊟	公費負担医療の受給者番号
--	--------------

●患者さんへのお知らせ

下記検査値は、保険薬局薬剤師による薬の内容確認や服薬指導に活用されます。3ヶ月以内に該当検査がない場合は、空白となります。検査値の提供を望まない場合は〈切り取り線〉で切り離し、処方箋等を提出してください。

検査結果

項目	基準範囲	結果	検査日	項目	基準範囲	結果	検査日
WBC				AST (GOT)			
Neut				ALT (GPT)			
Hb				CRE			
PLT				CPK			
PT INR				K			
HbA1c (NGSP)				CRP定量			

〈切り取り線〉

●保険調剤薬局への連絡事項

疑義照会および後発医薬品への変更等の情報提供については、下記に記入の上、処方箋もつけたまま、FAXにて高松市立みんなの病院 薬剤局までご送付ください。

FAX番号 087-813-9989

※平日17時15分以降、土曜日・日曜日・祝日の疑義照会の場合、お手数ですが、FAX送信とあわせて、疑義照会をFAXした旨、電話による報告をお願いします。

電話番号 087-813-7171

院外処方箋疑義照会票・後発医薬品変更連絡票（レ点および○で開った上で記載）

<input type="checkbox"/> 疑義内容(変更・追加・削除・確認・一包化等)				<input type="checkbox"/> 後発品変更内容(変更前後の品名・規格)			
保険薬局名	FAX番号			照会日時			
薬剤師名	電話番号			月 日			
				時 分			

以下は、高松市立みんなの病院で記入します。

回答内容					
回答日時	薬剤師	記事入力	処方修正	医事連絡	備考
月 日					
時 分					