処　方　箋

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「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。） 1　【般】アモキシシリン細粒10%　12g 次回来院1時間前に全量　1 日分 *** 以下 余白 ***

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

麻薬使用の場合　患者住所　麻薬施用者免許番号	公費負担者番号	
時 休 深		
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。）	公費負担医療の受給者番号	

薬局記入事項

No	調剤年月日　年　月　日	調剤済　印	請求済　印

薬剤料	調剤数量	小計	調剤料	加算	合計	指	歴	基本料	調剤報酬点数	患者負担金	請求点数

備考

所在地
薬局名
薬剤師
氏名　㊞