

切 1. お願ひ：疑義照会後に処方内容が変更になった場合、先発医薬品や一般名処方等から新たに変更調剤した場合、及び調剤時の残薬確認やリフィル処方箋による調剤に3034)までファックスス

処方箋No. 5006

公費負担者1 番号		保険者番号	
公費負担医療 の受給者番号1		被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号	
公費負担者2 番号		都道府県番号	20
公費負担医療 の受給者番号2		点数	

「(医療上必要)」の追記

長期収載品が医療上必要な場合 または
長期収載品でない、後発医薬品のある先発医薬品を処方し、
後発医薬品への変更不可とする場合

「レ」を記載

患者ID	0009910019	診療科	腎臓内科
氏名	デスト ヤクザイブ1 デスト 薬剤部1 様	保険医療機関の 所在地及び名称	松本市旭3-1-1 国立大学法人 信州大学医学部附属病院
生年月日	昭和64年01月01日 35 歳 8ヶ月 男性	電話番号	0263-35-4600(代)
区分	被保険者	3 割負担	保険医氏名 テスト医師
交付年月日	2024年09月26日	処方箋の 使用期間	年 月 日

薬局



「患者希望」欄の新設

患者希望で長期収載品の後発医薬品への変更不可とする場合
「レ」を記載

変更不可 (医療上必要)	患者希望	他の処方箋について、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)に 判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「X」を記載し、「医師署名」欄に署名 また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合に、「患者希望」欄に「レ」又は「X」を記載し、「医師署名」欄に署名
レ	Rp.	薬品名
	1)	アリセプトD錠3mg 1回1錠(1日1錠) 1日1回 朝食後 7日分
レ	2)	アリセプトD錠3mg 1回1錠(1日1錠) 1日1回 朝食後 7日分
	3)	アリセプトD錠3mg 1回1錠(1日1錠) 1日1回 朝食後 7日分
		以下余白
		サブタイトル (一回)

だ
さ
い

「サブタイトル」欄にサブタイトルがある場合は、調剤実施回数欄に調剤回数に応じて必要事項を記載してください。

【検査情報】

検査項目 (単位)	検査日	検査値	正常 下限	正常 上限
WBC ($\times 10^3/\mu\text{L}$)			3.30	8.60
Neu (%)			男:38.6 女:41.8	男:72.3 女:75.0
Hb (g/dl)			男:13.7 女:11.6	男:16.8 女:14.8
PLT ($\times 10^4/\mu\text{L}$)			15.8	34.8
PT-INR (INR)			0.85	1.15
AST (U/L)			13	30
ALT (U/L)			男:10 女:7	男:42 女:23
T-Bil (mg/dl)			0.40	1.50
Cre			男:0.65	男:1.07

後発医薬品又は一般名処方の場合、いずれにも「レ」が記載されません
処方内容欄が従来より狭くなりますが、薬品名や用量/単位の表示に影響はありません

患者住所 施用者番号	
保険薬局が調剤 保険	
調剤実施回数(調剤回数に応じて、□に「レ」又は「X」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	年 月 日
調剤済年月日	年 月 日
オーダNo. 31010431	第01版
保険薬局の所在地 及び名称	
保険薬剤師氏名	

印

(mmol/L)		3.0	4.0
HbA1c (%)		4.9	6.0

【身体情報】

身長	----- cm	体重	----- kg	体表面積	----- m ²
測定日	-----	測定日	-----	※測定日をご確認下さい。	