

# 院外処方箋 変更点

現行システムの院外処方箋 (2017年03月17日まで)

**処方せん** (1/1)

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号	S O	保険者番号					
---------	-----	-------	--	--	--	--	--

患者ID 000000542 診療科 耳鼻咽喉科 福岡赤十字病院 福岡市南区大橋3丁目1番1号  
 フリガナ テスト ケンシュウ030 所在地及び名称 福岡赤十字病院  
 氏名 テスト 研修用 O 3 電話番号 092-521-1211  
 生年月日 昭和11年04月01日 性別 男 保険医氏名 NEC 医師  
 年齢 80歳9ヶ月 被扶養者 否 都道府県 40 点数表 1 医療機関コード 1219187  
 処方せん発行年月日 平成29年01月06日 処方せんの使用期限 年 月 日

【 様々な処方箋について、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(注)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。】

処方	Rp 01 ファモチジン0錠20mg「EMEC」 粉砕して 【分3】 1日3回：毎食後 自己調節可	3 錠	7 日分
処方	Rp 02 リウマトレックスカプセル2mg 【分1】 1日1回：朝 毎週月曜日 毎週木曜日	1 C	2 日分
処方	Rp 03 ブレドニゾン錠「タケダ」【5mg】 4-2で投与	6 錠	5 日分
処方	Rp 04 レバミピド錠100mg「EMEC」 【分3】 1日3回：毎食後 1日おきに	3 錠	3 日分
処方	Rp 05 ボルタレンサポ50mg 発熱時 6時間以上あけて	3 個	3 回分

備考  
 保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合(特に指示がある場合は「△」又は「×」を記載すること。)  
 □保険医署名欄へ記載願った上で調剤 □保険医署名欄へ情報提供  
 麻薬施用者番号: 99899  
 「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。  
 保険医署名: \_\_\_\_\_ 印

調剤年月日 平成 年 月 日 公費負担者番号 \_\_\_\_\_  
 保険薬局の所在地及び名称 \_\_\_\_\_  
 保険薬局の名称 \_\_\_\_\_

**【お問い合わせ先】**  
 福岡赤十字病院院外処方FAXコーナー 平日：8時30分～17時まで  
 TEL：092-533-6670 FAX：092-533-6671  
 平日17時まで  
 薬剤部 TEL：092-521-1211 (内線：2120) FAX：092-523-5021 (092-524-2082)  
 平日17時以降、土曜日、日曜日、祝日  
 処方内容など → 薬剤部 TEL：092-521-1211 (内線：7162) FAX：092-523-5021  
 保険内容など → 夜間受付 TEL：092-521-1211 (内線：3180) FAX：092-524-4030

**【患者様の連絡先】**  
 住 所：福岡県 \_\_\_\_\_  
 電 話： \_\_\_\_\_

**【かかりつけ薬局】**  
 薬局名： \_\_\_\_\_

**【通信欄】**

※処方内容の疑義照会は、薬剤部へFAX送信後、電話して下さい。  
 FAXでご返事致します。  
 問い合わせは上記までお願いします。

処方番号： 6 8 3 2 6 発行日時： 2017/01/06 16:11:55

調剤料	調剤
薬剤料	基本料
小計	指導料
調剤数量	指 長 防
加算	総 合 計
減算	一部負担金
合計	容 器 代

時交付 \_\_\_\_\_ 時・課・休 \_\_\_\_\_  
 100 \_\_\_\_\_  
 監表印 \_\_\_\_\_ 印

新システムの院外処方箋 (2017年03月21日から)

**院外処方箋** 1/1

(再)

調剤者番号	9990001019	診療科	外科	保険者番号			
-------	------------	-----	----	-------	--	--	--

患者ID 9990001019 外科 福岡赤十字病院 福岡市南区大橋3丁目1-1  
 フリガナ テスト ケンシュウ030 所在地及び名称 福岡赤十字病院  
 氏名 コテスト 患者 O 1 性別 男  
 生年月日 平成02年01月01日生 (27歳0ヶ月) 電話番号 092-521-1211  
 年齢 27歳0ヶ月 被扶養者 否 都道府県 40 点数表 1 医療機関コード 1219187  
 処方せん発行年月日 平成 年 月 日 処方せんの使用期限 年 月 日

【 様々な処方箋について、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(注)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。】

処方	01) 【 <b>般</b> 】ファモチジン0錠20mg 粉砕して 【×3】 1日3回：毎食後 7 日分	1 回 1 錠(1日3錠)	7 日分
処方	02) リウマトレックスカプセル2mg 【×1】 1日1回：朝 2017年1月9日から月 木曜日に服用	1 回 1 C(1日1C)	2 日分
処方	03) ブレドニゾン錠「タケダ」【5mg】 朝食後 4 錠 夕食後 2 錠(1日6錠) 【×2】 1日2回：朝食後 【不均等】	5 日分	
処方	04) レバミピド錠100mg「EMEC」 【×3】 1日3回：毎食後 2017年1月6日から1日おきに服用	1 回 1 錠(1日3錠)	3 日分
処方	05) ボルタレンサポ50mg 発熱時 6時間以上あけて ** 以下余白 **	1 回 3 個	3 回分

備考  
 保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合(特に指示がある場合は「△」又は「×」を記載すること。)  
 □保険医署名欄へ記載願った上で調剤 □保険医署名欄へ情報提供  
 麻薬施用者番号 \_\_\_\_\_ 患者住所 \_\_\_\_\_  
 調剤年月日 平成 年 月 日 公費負担者番号 \_\_\_\_\_  
 保険薬局の所在地及び名称 \_\_\_\_\_  
 保険薬局の名称 \_\_\_\_\_

**【お問い合わせ先】**  
 福岡赤十字病院院外処方FAXコーナー 平日：8時30分～17時まで  
 TEL：092-533-6670 FAX：092-533-6671  
 平日17時まで  
 薬剤部 TEL：092-521-1211 (内線：2120) FAX：092-523-5021 (092-524-2082)  
 平日17時以降、土曜日、日曜日、祝日  
 処方内容など → 薬剤部 TEL：092-521-1211 (内線：7162) FAX：092-523-5021  
 保険内容など → 夜間受付 TEL：092-521-1211 (内線：3180) FAX：092-524-4030

**【通信欄】**

※処方内容の疑義照会は、薬剤部へFAX送信後、電話して下さい。  
 FAXでご返事致します。  
 問い合わせは上記までお願いします。

発行日時： 2017/01/06 17:40

調剤料	調剤
薬剤料	基本料
小計	指導料
調剤数量	指 長 防
加算	総 合 計
減算	一部負担金
合計	容 器 代

時交付 \_\_\_\_\_ 時・課・休 \_\_\_\_\_  
 100 \_\_\_\_\_  
 監表印 \_\_\_\_\_ 印

## 【変更点】

- ① 1日量表記から1回量表記となります。(1日量も併記されます。)
- ② 一般名での指示は、薬剤名の頭に【**般**】が印字されます。
- ③ 麻薬施用者番号は、麻薬が含まれた場合のみ印字されます。
- ④ 患者様の連絡先は、麻薬が含まれた場合のみ印字されます。
- ⑤ かかりつけ薬局情報は、印字されなくなります。