

処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

リフィル処方箋

公費負担者番号		保険者番号	
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	(枝番)

患者氏名	上野 陽充		保険医療機関の所在地及び名称	江戸川区中央1-3-13 都薬川内科クリニック
生年月日	明大 平会	60年4月21日	電話番号	電話03-3-▲◆◆-◆▲◆◆
区分	被保険者	被扶養者	保険医氏名	都薬川 泰淳
	都道府県番号	点数表番号	医療機関コード	

調剤した内容、患者の服薬状況等について必要に応じ処方医へ情報提供

③ 1回目の有効期限は通常の処方箋と同様

交付年月日	令和 4 年 7 月 20 日	処方箋の使用期間	令和 年 月 日
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）への変更と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.サルメテロールキシナホ酸塩・フルチカゾンプロピオン酸エステル 28プリスター 1キット 就寝前 1回 2.エピナスチン塩酸塩錠 20mg 分1 就寝前 28日分 3.酸化マグネシウム500mg 分2 朝・夕 28日分 以上		
処方	リフィル可 (3 回)		

- ④ 投与日数の確認
- 2種類以上の医薬品の場合、それぞれの投与期間が異なる場合又はリフィルの使用回数の上限が異なる場合は、医薬品毎に処方箋を分ける必要がある。
- ⑤ 投与量に限度が定められている医薬品・湿布薬は不可（療担規則）

- ① リフィル処方箋としての取扱いの確認 レ点
- ② 回数確認 (上限は3回)

- ⑥ 2回目以降は、原則として、前回の調剤日を起点とし、投薬期間を経過する日を次回調剤予定日（実際に投薬が終了する日）とし、前後7日以内
- ex.1回目：7月20日調剤 (次回予定：8月16日)
- 調剤可能期間 (8月9日～8月23日)
- ただし、服薬を終える前に次回の調剤を受けられるよう、次回予定日までに来局することが望ましいこと等を患者に伝えること。
 - 調剤可能期間 (8月9日～23日) 以外の日に調剤を行うことはできない。

⑥ 調剤した保険薬局の名称及び保険薬剤師の氏名を余白又は裏面に記載の上、調剤録等を作成した後、リフィル処方箋を患者に返却。その際、必要な事項が記載された処方箋の写しを調剤録とともに保管。

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、調剤日及び調剤回数)	□1 回目調剤日 (4 年 7 月 20 日)	□2 回目調剤日 (年 月 日)
次回調剤予定日 (4 年 8 月 16 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省令(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。

● 患者に対して、継続的な薬学管理のため、同一の薬局で調剤を受けるべきであることを説明
 ● 次回の予定を確認し、来局希望があるにも関わらず予定時期に来局しない場合は電話等で確認 (他の薬局を利用する場合は必要な情報を当該薬局に提供)

処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

リフィル処方箋

3回中2回目

公費負担者番号		保険者番号	
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	(枝番)
氏名	上野 陽充		保険医療機関の所在地及び名称 江戸川区中央1-3-13 都薬川内科クリニック 電話03-3▲◆●-◆▲◆◆
生年月日	明大 60年4月21日	性別	女
区分	被保険者	被扶養者	
交付年月日	令和 4 年 7 月 20 日	処方箋の使用期間	令和 年 月 日
変更不可	<p>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。</p> <p>1.サルメテロールキシナホ酸塩・フルチカゾンプロピオン酸エステル 28ブリスター 1キット 就寝前 1回 2.エピナスチン塩酸塩錠 20mg 分1 就寝前 28日分 3.酸化マグネシウム500mg 分2 朝・夕 28日分</p> <p>以上</p>		
リフィル可	<input checked="" type="checkbox"/> (3 回)		
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。 都薬川 泰淳		
備考	調剤した保険薬局の名称及び保険薬剤師の氏名を余白又は裏面に記載の上、調剤録等を作成した後、リフィル処方箋を患者に返却。その際、必要な事項が記載された処方箋の写しを調剤録とともに保管。		
調剤実施回数	調剤回数に応じて、「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。 <input checked="" type="checkbox"/> 1回目調剤日 (4 年 7 月 20 日) <input checked="" type="checkbox"/> 2回目調剤日 (4 年 8 月 15 日) <input type="checkbox"/> 3回目調剤日 (年 月 日) 次回調剤予定日 (4 年 8 月 16 日) 次回調剤予定日 (4 年 9 月 11 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	

● 患者の服薬状況等の確認を行い、リフィル処方箋により調剤を行うことが不適切と判断した場合には、調剤を行わず、受診勧奨を行うとともに、処方医に情報提供を行うこと。

調剤した内容、患者の服薬状況等について必要に応じ処方医へ情報提供

● 一般名処方の場合、2回目以降の場合も一般名処方として取り扱うことで差し支えないが、初回調剤した薬剤と同一のものを調剤することが望ましい (Q&A問9)

① 1回目：7月20日調剤 (2回目予定：8月16日)
→調剤可能期間 (8月9日～8月23日) →8月15日調剤
● 調剤可能期間 (8月9日～23日) 以外の日に調剤を行うことはできない。

患者に対して、継続的な薬学管理のため、同一の薬局で調剤を受けるべきであることを説明
● 次回の予定を確認し、来局希望があるにも関わらず予定時期に来局しない場合は電話等で確認 (他の薬局を利用する場合は必要な情報を当該薬局に提供)
● 次回の調剤可能期間 9月4日～9月18日

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。
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省令 (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。

処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

リフィル処方箋

3回中3回目

様式第二号（第二十三条関係）

公費負担者番号		保険者番号	
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	(枝番)
患者	氏名	上野 陽充	
	生年月日	明大平合 60年4月21日	男・女
	区分	被保険者	被扶養者
保険医療機関の所在地及び名称		江戸川区中央1-3-13 都薬川内科クリニック 電話03-3▲◆●-◆▲◆◆	
電話番号		都薬川 泰淳	
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 4 年 7 月 20 日	処方箋の使用期間	令和 年 月 日
処方	変更不可	<p>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。</p> <p>1.サルメテロールキシナホ酸塩・フルチカゾンプロピオン酸エステル 28ブリスター 1キット 就寝前1回 2.エピナスチン塩酸塩錠 20mg 分1 就寝前 28日分 3.酸化マグネシウム500mg 分2 朝・夕 28日分</p> <p>以上</p> <p>リフィル可 <input checked="" type="checkbox"/> (3 回)</p>	
	備考	<p>「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。</p> <p>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。)</p> <p><input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供</p> <p>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、調剤回数と次回調剤予定日を記載すること。)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1回目調剤日(4年 7月 20日) <input checked="" type="checkbox"/> 2回目調剤日(4年 8月 15日) <input checked="" type="checkbox"/> 3回目調剤日(4年 9月 13日)</p> <p>次回調剤予定日(4年 8月 16日) 次回調剤予定日(4年 9月 14日)</p>	
調剤済年月日	令和 4 年 9 月 13 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	江戸川区一之江9-6-3 江戸田薬局 根極奈緒子	公費負担医療の受給者番号	

当該リフィル処方箋の総使用回数の調剤が終わった場合、調剤済み処方箋として保管。

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省令(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。