

2024年3月25日

保険薬局各位

日本海員救済会 大阪救済会病院  
院長 村橋 邦康

## 院外処方箋の表記変更についてのお知らせ

平素より当院の診察にご理解・ご協力いただき心より感謝申し上げます。

今回、当院の電子カルテのシステム変更に伴い、院外処方箋の様式に関して以下に示す点  
が変更となりますので、お知らせ致します。

### 運用開始日

2024年4月1日

### 院外処方箋の主な変更点

- A5サイズからA4サイズになります。
- 処方内容のQRコードが印刷されます。  
(バーコードの読み取りに対応している場合、処方歴が自動でシステムに追加されます)
- リフィル処方に対応できるようになりました。  
リフィル処方可の場合は、「リフィル可□(○回)」と印字され、リフィル処方不可の場  
合は取り消し線が引かれて「リフィル可□(○回)」と印字されます。

※詳細は別添の処方箋サンプルをご覧ください。

以上

問い合わせ先：日本海員救済会 大阪救済会病院 電話(病院代表) 06-6581-2881

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<br>又は市町村番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 公費負担医療又は老人医療の受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |

|                    |            |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 保険者番号              |            |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者証・被保険者手帳の記号・番号 | 阪国北・414141 |  |  |  |  |  |  |  |  |

|    |                |          |   |
|----|----------------|----------|---|
| 氏名 | リハール 伊藤        | 99991636 | 男 |
|    | 昭和 38年 6月 20日生 | 60歳 8ヶ月  | Ⓜ |

保険医療機関の 所在地及び名称 大阪府大阪市西区本田2丁目1番10号  
 大阪掖済会病院  
 電話番号 06-6581-2881  
 保険医氏名 村橋 邦康 Ⓜ

|    |      |   |
|----|------|---|
| 区分 | 被保険者 | <del>被</del> <del>扶</del> <del>養</del> <del>者</del> |
|----|------|---|

|        |    |       |   |         |         |
|--------|----|-------|---|---------|---------|
| 都道府県番号 | 27 | 点数表番号 | 1 | 医療機関コード | 1800397 |
|--------|----|-------|---|---------|---------|

|       |              |          |              |
|-------|--------------|----------|--------------|
| 交付年月日 | 令和 6年 3月 18日 | 処方箋の使用期間 | 令和 6年 3月 21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。

|    |      |    |   |     |
|----|------|----|---|-----|
| 処方 | 変更不可 | 01 | 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「✓」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。<br>【般】アロジピン口腔内崩壊錠5mg 1錠<br>分1 朝食後<br>--- 以下余白 --- | 7日分 |
|    |      |    | リフィル可 <input type="checkbox"/> (-回)   |     |

|    |   |   |
|----|---|---|
| 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「✓」又は「×」を記載すること。)<br><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 | 変更不可欄に「✓」又は「×」を記載した場合、以下に署名又は記名・押印をすること。<br>保険医署名 Ⓜ |
|----|---|---|

調剤実施回数 (調剤回数に応じて、に「✓」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。)

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 | 令和 年 月 日 | 公費負担者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
|--------|----------|---------|--|--|--|--|--|--|--|

|           |  |              |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|--|--------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 保険薬局の所在地名 |  | 公費負担医療の受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|--|--------------|--|--|--|--|--|--|--|

|         |   |
|---------|---|
| 保険薬剤師氏名 | Ⓜ |
|---------|---|

