

昭和大学藤が丘病院より

平成 28 年診療報酬改定による処方せん様式の変更についてのお知らせ

昭和大学藤が丘病院では

平成 28 年診療報酬改定による処方せん様式の変更に伴い

4月1日より<添付別紙>のように変更されますのでお知らせいたします。

なお、備考部分に、

- ・湿布薬超過投与理由 が表示されること
 - ・分割調剤についての表示
- が付いております。

詳細な運用等はまだ決定されていないとの事ですが、

処方せんの下部に注意を払いながら調剤をお願いいたします。

以上

処方箋

(この処方箋は、どの薬局でも有効です。)

公費負担者番号 又は市町村番号				保険者番号		1 4 4 1 2 1		
公費負担医療又は 老人医療の受給者番号				被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号		〇〇 〇〇		
氏名	患者ID: 0099900432 テスト 42			保険医療機関の 所在地及び名称				
	テスト 42 様 昭和22年02月28日 69才 女性			横浜市青葉区藤が丘1-30 昭和大学藤が丘病院				
区分	被扶養者		負担割合 3割		電話番号			045-971-1151(大代表)
					診療科名			消化器内科
				保険医氏名			開発系管理者	㊟
交付年月日		平成28年04月01日		処方せんの 使用期限		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。]						
処方	1) MS温シップ「タイホウ」 (5枚/包)100g 70袋 1日 3枚使用 ・・・湿布・1日2~3回 腰							
	以下余白							
備	麻薬施用者番号		患者住所					
	湿布薬超過投与理由: 湿布薬超過理由記載		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。]					
考	分割調剤 分割日数: 2日 分割回数: 6回		[㊟]					
	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。) <input checked="" 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							
調剤済年月日				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				公費負担医療又は 老人医療の受給者番号				
		交付日を含めて4日以内に保険薬局に提出して 下さい。						

患者様へ

☆特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内、

平成28年04月04日 までに院外の保険薬局に提出してください。

保険薬局の方へ

☆この処方せんは、原本のみ有効で、複写(コピー)は無効となります。

複写した場合は、「コピー禁」が全面に写し出されるようになっています。

☆問い合わせについて

○処方に関すること: 下記に疑義照会内容・連絡先を記載し、処方せんとともに
FAXにて、当院薬局へお送り下さい。

FAX 045-978-5432 または 045-974-6242

○保険情報に関すること: 当院医事課へお問い合わせ下さい。

TEL 045-974-6508

☆後発医薬品の切り替えに関するFAXは不要です。但し、お薬手帳にその旨を
必ず明記して下さい。

問い合わせ欄

☆連絡先を必ずご記入ください☆

保険薬局名

所在地 電話番号

薬剤師名

昭和大学藤が丘病院