

疑義照会による追加記入

分割調剤のイメージ

| | | | | | |
|--------------|--|--------------------|--|------------------------|--|
| 公費負担者番号 | | 保険者番号 | | 14XXXX | |
| 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 | | 藤いう・1234 | |
| 氏名 | | 厚労 太郎 | | 東京都〇〇区△△X-X-X | |
| 生年月日 | | 27年1月1日 | | 〇女 | |
| 区分 | | 被保険者 | | 被扶養者 | |
| 交付年月日 | | 平成19年11月22日 | | 処方せんの使用期間 | |
| ① | | 〇〇錠10mg 3錠 | | ☆☆散10% 3G 3x 毎食後 28日分 | |
| ② | | △△錠80mg 1錠 | | □□錠20mg 1錠 1x 朝食後 28日分 | |

調剤前の
処方せん

調剤済の
処方せん

| | | | | | |
|--------------|--|----------------------|--|------------------------|--|
| 公費負担者番号 | | 保険者番号 | | 14XXXX | |
| 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 | | 藤いう・1234 | |
| 氏名 | | 厚労 太郎 | | 東京都〇〇区△△X-X-X | |
| 生年月日 | | 27年1月1日 | | 〇女 | |
| 区分 | | 被保険者 | | 被扶養者 | |
| 交付年月日 | | 平成19年11月22日 | | 処方せんの使用期間 | |
| ① | | 〇〇錠10mg 3錠 | | ☆☆散10% 3G 3x 毎食後 28日分 | |
| ② | | △△錠80mg 1錠 | | □□錠20mg 1錠 1x 朝食後 28日分 | |
| 備考 | | 疑義照会 ☆☆散10% → ◎◎散10% | | 11/22 15:30 | |
| 調剤済年月日 | | 平成19年11月22日 | | 公費負担者番号 | |
| 保険薬局の所在地及び名称 | | 〇〇区□□X-X★薬局 | | 公費負担医療の受給者番号 | |

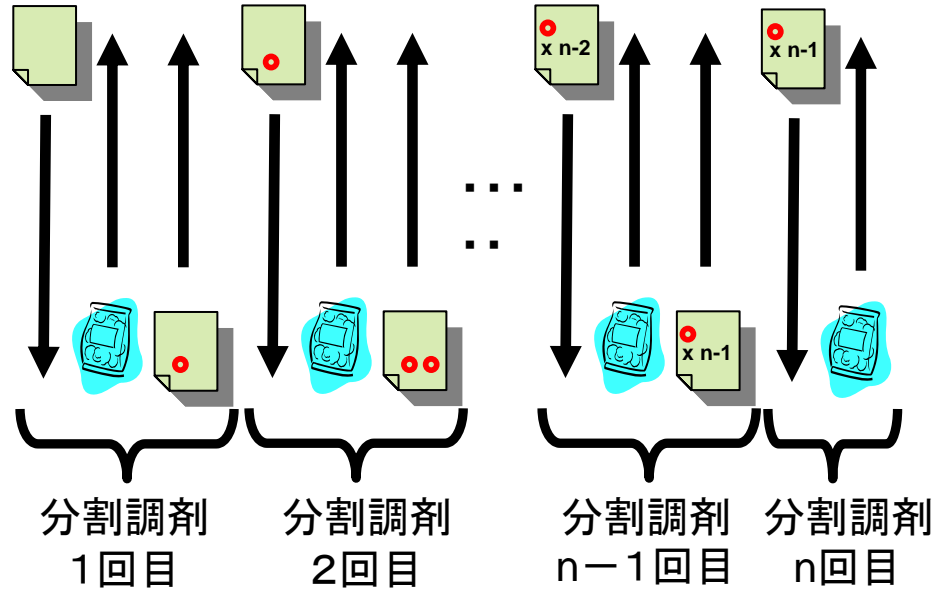
疑義照会の結果、薬剤師が追加記入した部分(処方欄または備考欄)

調剤済欄は調剤済となった際に薬剤師が記入(分割調剤は調剤済にならないので備考欄等に所定の事項を記入)



患者

患者は分割調剤毎に分割調剤された薬剤と薬剤師による所定の記載がされた処方せんを受取る。患者はその処方せんを基に(同一の薬局でなくとも)残量の調剤を受けることができる。



「●」は分割調剤時の押印イメージ



薬局

分割調剤の都度、分割調剤した薬剤とともに、薬剤師は処方せんの備考欄等に調剤量、調剤年月日、薬局の名称及び所在地を記入の上、記名押印し、又は署名した処方せん原本を患者に返却する。