119

E

別　　冊

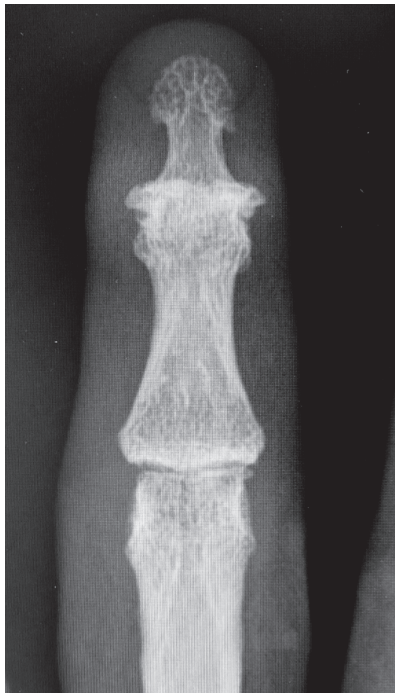
DKIX-01-EB-1

DKIX-01-EB-2

DKIX-01-EB-4

No.　1　　（E　問題 12）

①



②

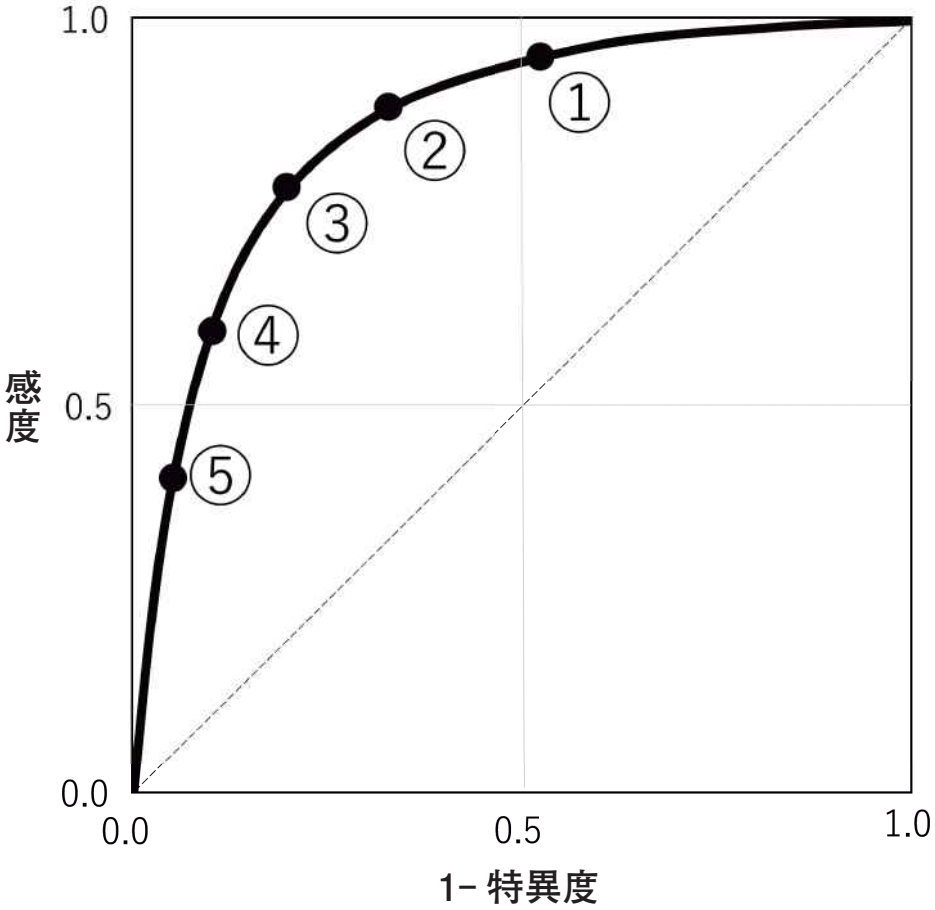
③

No. 1 （E 問題 12）

④

⑤

No.　2　　（E　問題 23）



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		保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8
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	123 ・ 4567 （枝番）

患者	氏名	日本 太郎	
	生年月日	明・大・昭・平 ○年1月1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　東京都千代田区○丁目○－○ ○○病院

電話番号　03-XXXX-XXXX

保険医氏名　厚生 花子

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 △年 2月 1日	処方箋の使用期間	令和 年 月 日

特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。

処方

変更不可（医療上必要）	患者希望

個々の処方薬について、医療上の必要性があるため、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。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。

Rp.1　フロセミド 10mg錠　1回2錠
　　1日1回　朝食後服用　14日分

Rp.2　ベラパミル塩酸塩40mg錠　1回1錠
　　1日3回　毎食後服用　14日分

―― 以下余白 ――

リフィル可 □ （　回）

備考

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。

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。）
□保険医療機関へ疑義照会した上で調剤　□保険医療機関へ情報提供

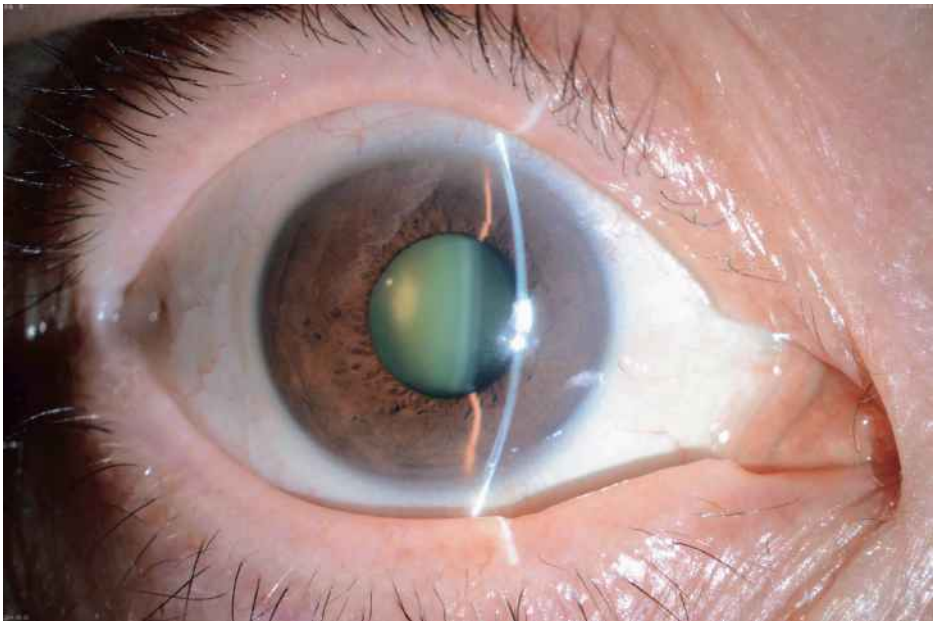
調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。）
□1回目調剤日（　年　月　日）　□2回目調剤日（　年　月　日）　□3回目調剤日（　年　月　日）
次回調剤予定日（　年　月　日）　次回調剤予定日（　年　月　日）

調剤済年月日	令和　年　月　日	公費負担者番号	
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	印	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命令（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こと。

様式第二号（第二十七条関係）

No. 4 （E 問題 30）



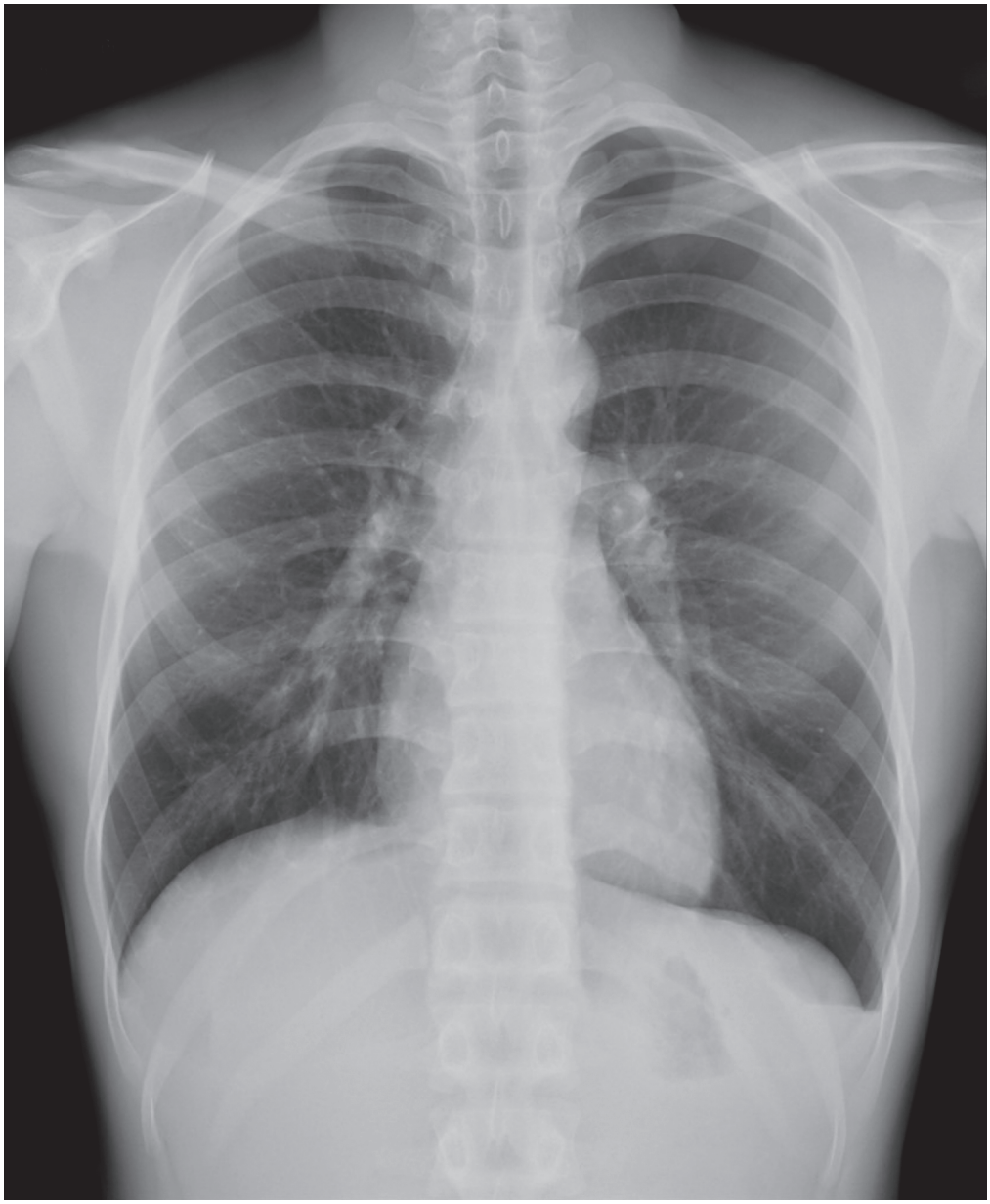
このページは余白です

No.　5　A　　（E　問題 38）

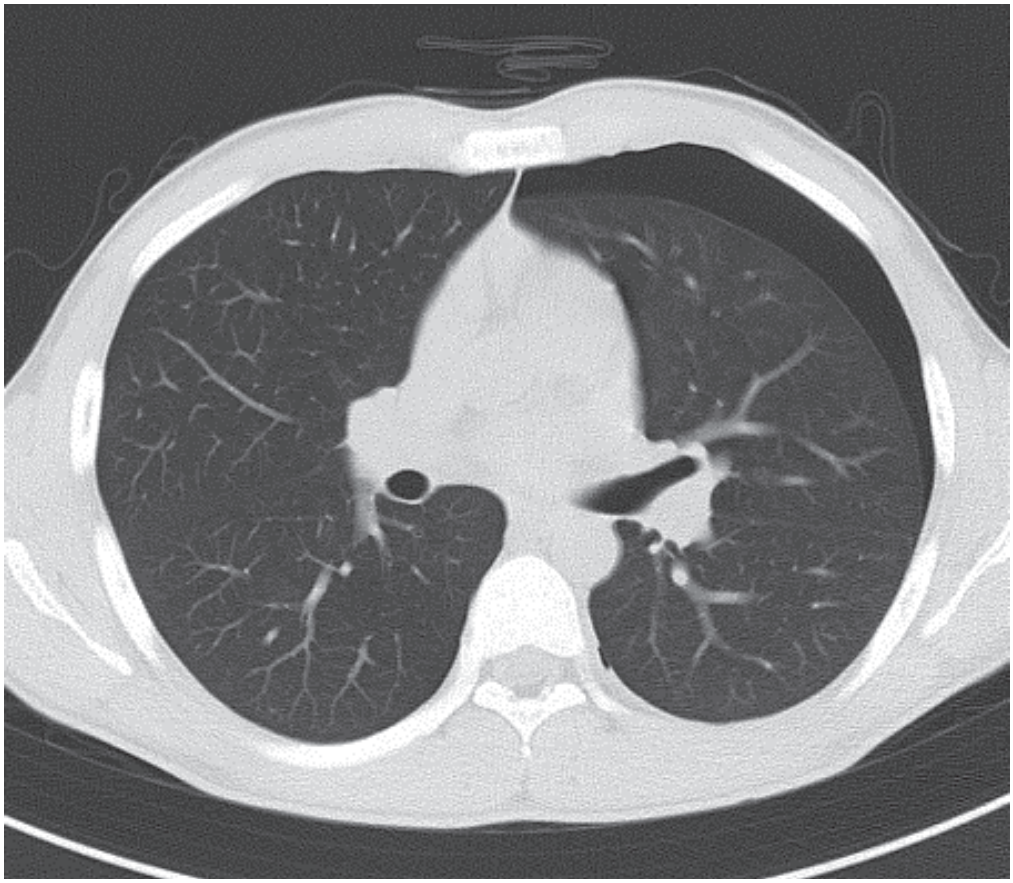
No.　5　B　　（E　問題 38）

No. 5 C （E 問題 38）

No. 6 A （E 問題 49、50）



No. 6 B （E 問題 49、50）



DKIX-01-EB-16

DKIX-01-EB-18

DKIX-01-EB-19