処 方 箋

（この処方箋は、どの保険薬局でも有効ではありません。）

公費負担番号	
公費負担医療の受給者番号	

保険者番号	0 1 2 3 4 5
被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	123 ・ 456

患者	フリガナ 氏名	クスリノ カンサロウ 薬野 鑑査郎	
	生年月日	昭和31年11月11日（62歳）	男
	区分	本人	負担割合 3 割
交付年月日	令和〇年〇月〇日	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。	
処方箋の使用期間			

保険医療機関の所在地及び名称	東京都新宿区四谷3丁目3−1−1 医療法人 間違画内科クリニック
電話番号	0123−456−7890
保険医師名	間違画 杉郎（間違画 杉郎）

都道府県番号	0 1	点数表番号	1	医療機関コード	0 1 2 3 4 5

処方

変更不可　個々の処方薬について後発医薬品への変更に差し支えがある場合、☒を入れ記名・押印する。

Rp.1	ジャディアンス錠10mg 1日1回 朝食後	1 錠 30 日分
Rp.2	フェブリク錠20mg 【般】アムロジピン・アトルバスタチン配合錠：4 【般】グリメピリド錠1mg 1日1回 朝食後	1 錠 1 錠 1 錠 30 日分
Rp.3	エクメット配合錠HD 【般】レバミピド錠100mg 1日2回 朝夕食後	2 錠 2 錠 30 日分
Rp.4	【般】カルベジロール錠20mg 1日1回 昼食後	1 錠 30 日分
Rp.5	トルリシティ皮下注0．75mgアテオス 週1回 皮下注	4 ｷｯﾄ
Rp.6	ベルソムラ錠15mg 1日1回 寝る前	1 錠 30 日分

［以下余白］

備考

「変更不可」欄に×を記載した場合は記名・押印すること。

保険医署名　㊞

見本

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「☑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

調剤済年月日		公費負担番号	
所在地			
薬局名		公費負担医療の受給者番号	
調剤薬剤師			

第1回：処方鑑査テスト

制限時間は60秒です。
このまま投薬「するか」「しないか」を判断してください。
投薬しない場合、どの医薬品の添付文書を確認するかまで分かれば正解とします。具体的な不備内容が分かった場合は大正解とします。

前回処方からの変更点

- フェブリク錠10mg ⇒ 20mgへ
- レバミピド錠100mg（新規処方）
- トルリシティ皮下注0．75mgアテオス（新規処方）

基本情報

ジェネリック希望	希望する	アレルギー	なし
電子お薬手帳	なし	嗜好品	なし
薬剤師の希望	なし	日常動作	車の運転
介護認定の有無	なし	妊娠・授乳	−
薬局への希望	なし		

疾患・薬剤情報

既往歴	なし
副作用歴	ペニシリン系
併用薬	ロキソニンテープ100mg キサラタン点眼液0．005%

前回の薬歴・次回服薬指導計画

S：薬は問題なく飲めている。体調も変わったことはない。
O：定期薬DO、低血糖(−)
A：継続服用指導
P：引き続き飲み忘れなく継続するよう指導
N：シックディの有無

現役薬剤師がお届けするお薬の指導せん
薬わかる－指導せん－
答えはコチラへ ⇒⇒