


(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		保険者番号				0	1	2	3	4	5									
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・456																	
患者	フリガナ氏名	クスリノ カンゴ 薬野 鑑子		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															
	生年月日	昭和31年11月11日(62歳)	女	医療法人 間違画内科クリニック																
	区分	本人	負担割合	3割	電話番号	0123-456-7890		杉郎 間違画												
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。		保険医師名	間違画 杉郎															
処方箋の使用期間		都道府県番号	01	点数表番号	1	医療機関コード	012345													
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	【般】グリメピリド錠1mg	1錠																
			【般】アムロジピン錠5mg	1錠																
			フェブrik錠20mg	1錠																
			【般】カルベジロール錠2.5mg	1錠																
			【般】ロスバスタチン錠2.5mg	1錠																
			シュアポスト錠0.5mg	1錠																
			1日1回 朝食後	30日分																
		Rp.3	ルネスタ錠1mg	1錠																
			1日1回 寝る前	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。		 見本																	
	保険医署名											①								
	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		公費負担医療の受給者番号																		
薬局名																				
調剤薬剤師																				

第2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

- ・シュアポスト錠0.5mg(新規処方)
- ・ルネスタ錠1mg(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	なし
介護認定の有無	なし	妊娠・授乳	なし
薬局への希望	なし		

疾患・薬剤情報

既往歴	なし
副作用歴	なし
併用薬	ジクアス点眼液3%

前回の薬歴・次回服薬指導計画

- S : 血糖値が高く、次回処方が変わるかもしれない
O : 定期薬DO、HbA1c:8.0
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 : 処方変更されたか？

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 ⇒⇒

