


(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 薬野 鑑査郎	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)	男	保険医療機関の所在地及び名称				医療法人 間違画クリニック						
	区分	本人	負担割合	3割	電話番号	0123-456-7890		間違画 杉郎						
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。	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
処方箋の使用期間			変更不可 個々の処方薬について後発医薬品への変更にし支えがある場合、☒を入れ記名・押印する。											
処方	Rp.1	【般】メコバラミン錠500μg	3錠											
		【般】エペリゾン錠50mg	3錠											
		1日3回 毎食後	30日分											
	Rp.2	セレコックス錠100mg	2錠											
		【般】レバミピド錠100mg	2錠											
	1日2回 朝夕食後	30日分												
Rp.3	リリカOD錠75mg	1錠												
	1日1回 寝る前	30日分												
Rp.4	ロコアテープ	56枚												
	1日1回 膝へ													
	1日2枚 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)		<input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input checked="" type="checkbox"/> 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6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

・新規患者

基本情報

ジェネリック希望	希望する	アレルギー	花粉症
電子お薬手帳	なし	嗜好品	アルコール
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	—
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	アジルバ錠20mg ジャヌビア錠50mg ロスバスタチン錠2.5mg

前回の薬歴・次回服薬指導計画

新規患者のため前回薬歴なし

現役薬剤師がお届けするお薬の指導せん

薬わかるー指導せんー

答えはコチラへ ⇒⇒

