



(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	5	4	1	2	3	4	5	6
公費負担医療の受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	
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 薬野 鑑査郎	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)	性別	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。	都道府県番号	01	点数表番号	1	医療機関コード	012345
-------	----------	--	--------	----	-------	---	---------	--------

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。		
処方	Rp.1	【般】プラミペキソール塩酸塩徐放錠1.5mgMI 【般】プラミペキソール塩酸塩徐放錠0.375mgMI 1日1回 夕食後	1錠 1錠 30日分
	Rp.2	【般】酸化マグネシウム錠330mg 1日2回 朝夕食後	4錠 30日分
	Rp.3	アジレクト錠1mg 1日1回 朝食後	1錠 30日分
	Rp.4	【般】レボドパ・カルビドパ水和物配合錠100mg 1日3回 毎食後	3錠 30日分
	Rp.5	ツムラ六君子湯エキス顆粒(医療用) 【般】モサプリドクエン酸塩錠5mg 1日3回 毎食前 [以下余白]	7.5g 3錠 30日分

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 	
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7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

- エフピーOD錠2.5 ⇒ アジレクト錠1mgへ

## 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	あり	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	なし

## 前回の薬歴・次回服薬指導計画

- S: 体調はまずまず、新しい薬がでたとか言っていた  
O: 定期薬DO、眠気(—)  
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: エフピーの継続可否?

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 ⇒⇒

