


(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	4	0	1	2	3	4	5	6	保険者番号			0	1	2	3	4	5
公費負担医療の受給者番号	1	2	3	4	5	6	7		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 練男	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	平成24年11月11日(7歳)	性別	男	医療法人	間違画クリニック						
	区分	家族	負担割合	0割	電話番号	0123-456-7890						
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				
処方箋の使用期間									保険医師名	間違画 杉郎		

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】アジスロマイシン水和物細粒100mg	1.8g				
		【般】耐性乳酸菌製剤散0.6%	0.9g				
		1日1回 朝食後	3日分				
	Rp.3	【般】カルボシステインシロップ50%	1.1g				
	【般】アンブロキシソール塩酸塩シロップ1.5%	1.1g					
	1日3回 毎食後	7日分					
Rp.4	アドエア50エアゾール120吸入用	1瓶					
	1日2回 1回1吸入						
Rp.2	【般】モンテルカストチュアブル錠5mg	1錠					
	1日1回 夕食後	28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		⑧					
	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8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	スギ花粉
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	—
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

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 ⇒⇒

