



偽造防止マーク。指で触れると消色します →

処方箋には有効期限があります。  
交付日を含めて4日以内に保険薬局へ提出してください。

保険薬局様  
疑義照会について  
応需薬局は下記返答希望に○をつけて、  
内容を記載しファックスしてください。  
FAX：054-646-1045  
至急 今日中 回答でき次第

FAX番号  
**054-646-1045**

至急・今日中・回答出来  
次第 いずれかを選択

# 処方箋

患者番号  
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号		保険者番号	
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 (枝番)	
患者氏名	藤枝市駿河台4丁目1番11号		
	藤枝市立総合病院		
年齢	才	区	分
交付年月日		処方箋の使用期間	
※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			
変更不可	個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。		
処方	※ ( ) 内は成分量など		
	— サリゾール可 ( 3 回 ) —		
備考	患者住所		
	麻薬施用者番号		
分割調剤 分割日数：999日 分割回数：999回 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「レ」又は「×」を記載すること。)		「変更不可」欄に「レ」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。	
<input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供		保険医署名	
調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。）			
□1回目調剤日 ( 年 月 日 ) □2回目調剤日 ( 年 月 日 ) □3回目調剤日 ( 年 月 日 ) 次回調剤予定日 ( 年 月 日 )			
調剤済年月日		公費負担者番号	
保険薬局の所在地および名称		公費負担医療の受給者番号	
保険薬剤師氏名			

疑義照会内容を記載してFAXしてください

患者様  
【検査情報】


直近のeGFR・CRE・HbA1c(NGSP)が載ります

※この検査情報はお薬の量の調節や副作用の早期発見など、お薬を安全に使用するために役立つ情報であり、保険薬局（調剤薬局）で参考にする場合がございます。検査情報の印字を希望されない場合は主治医にお伝えください。

処方された医薬品を、ジェネリック医薬品へ変更希望される方は、受診時に主治医にお伝えください。また、保険薬局にてジェネリック医薬品に変更された場合、その変更内容を次回受診時に必ず主治医にお伝えください。その手段として「お薬手帳」や「お薬の情報用紙」を有効に利用していただくようお願いいたします。

“㊤” マークはサーモクロミックインキで印刷してあるため指で触れると消色します。消色しないものは無効です。