

平成 29 年 7 月吉日

保険薬局 各位

医療法人社団洛和会
洛和会丸太町病院 薬剤部
洛和会音羽病院 薬剤部
洛和会音羽記念病院 薬剤部
洛和会音羽リハビリテーション病院 薬剤部
洛和会東寺南病院 薬剤部

院外処方せん記載方法の変更に関して

平素は洛和会関連病院の処方せんを応需いただきありがとうございます。
電子カルテの更新に伴い、院外処方せんの記載方法を厚生労働省「内服処方せんの記載方法の在り方に関する検討会」の報告書に取りまとめられたとおり、

1 日量および 1 回量併記 へ変更いたします。

運用変更日 平成 29 年 7 月 18 日(火)

ご周知の程、よろしくお願いいたします。
変更後の処方せんイメージを別紙にて示しますのでご参照ください。

(問い合わせ先)

洛和会丸太町病院 薬剤部

TEL:075-822-2315(直通) FAX:075-822-2315(直通)

E-mail:yakuzaibu_m@rakuwa.or.jp または omae_n@rakuwa.or.jp

洛和会音羽病院 薬剤部

TEL:075-593-6186(直通) FAX:075-593-9200(直通)

E-mail:yakuzaibu_o@rakuwa.or.jp

洛和会音羽記念病院 薬剤部

TEL:075-594-8045(直通) FAX:075-594-8045(直通)

E-mail:yakuzaibu_k@rakuwa.or.jp

洛和会音羽リハビリテーション病院 薬剤部

TEL:075-581-6173(直通) FAX:075-581-6173(直通)

E-mail:yakuzaibu_or@rakuwa.or.jp

洛和会東寺南病院 薬剤部

TEL:075-672-7500(代表) FAX:075-661-9237(代表)

E-mail:oishibashi-riichi@rakuwa.or.jp

以上

0000 処方せん (この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。) 版数： 01
0010385639

公費負担者番号

保険者番号 Z 6 0 0 0 0 0 0

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

患者氏名 ケンシュウヨウサンショウウカンジャ101
研修用参照患者101
生年月日 昭和26年01月06日
66才 男性
区分 患者負担 10割
診療科 心臓内科

保険医療機関の所在地及び名称 京都市山科区音羽珍事町二番地
洛和会音羽病院
電話番号 Tel. 075-593-4111(代)
保険医氏名 田原 諭 印
麻薬施用者番号

都道府県番号 26 点数表番号 1 医療機関コード 4101075

交付年月日 平成29年06月30日 処方せんの使用期限 平成29年07月03日 特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて1年以内の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）への変更差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」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 | 1) アムロジンOD錠 5mg 1回1錠(1日1錠) ・・・1日1回 朝食後 | 1錠 7日分 |
| 方 | 2) エリキユース錠 5mg 1回1錠(1日2錠) ・・・1日2回 朝・夕食後 | 2錠 7日分 |
| | 3) カロナール錠 200 1回2錠(1日6錠) ・・・1日3回 毎食後 | 6錠 7日分 |
| | 4) ベサコリン散 5% 1回0.3g(1日0.9g) ・・・1日3回 毎食後 | 0.9g 7日分 |
| | 以下余白 | |

備考 「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。 印

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。)
 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 公費負担者番号 公費負担医療の受給者番号
保険薬局の所在地及び名称保険薬剤師氏名 印

1/1

調剤薬局の方へ

以下に表示されております二次元バーコードを全て読み取ることで処方箋の情報を取り込むことができます。(順不同)
※調剤システム側で対応している必要があります。



出力日時： 13:50:45

オーダー番号： 1370

患者ID：

患者氏名：

患者住所：

保険医氏名：

診療科名：