

院外処方 分割調剤指示入力方法

3、分割指示回数分の院外処方箋 + 分割指示に係わる処方箋(別紙)が印刷されます。
すべて患者へ交付を行ってください。

脳神経外科 処方 1回目 (この処方せんは、どの)

1 / 1
分割指示に係る処方箋
3分割の 1回目

公費負担者番号	保険者番号
公費負担者医療の受給者番号	被保険者証・被保険者手帳の記号・番号

患者ID 1100000063 保険医療機関の所在地及び名称 久留米大学病院
フリガナ カゴシマ サブロウ 電話番号 (0942)35-3311(代)
氏名 鹿見島 三郎 様 保険医師名 システム 医師6 ㊞
生年月日 昭和60年01月01日生
年齢 33歳4ヶ月16日 性別 男
区分 都道府県番号 40 点数表番号 1 医療機関コード 2219012

交付年月日 平成30年05月16日 処方せんの使用期間 平成30年05月19日 物に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に、保険薬局に提出してください。

変更不可	個々の処方箋について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更が差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」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	1) ミカド配合錠BP 3錠 ミカド配合錠AP 3錠 3×朝・昼・夕の食後 10日分 (総投与日数50日分)
	2) サクラス配合錠LD 2錠 2×昼・夕の食後 15日分 (総投与日数30日分)

別紙

分割指示に係る処方箋(別紙)

(発行保険医療機関情報)
処方箋発行医療機関の保険薬局からの連絡先

電話番号 0942-31-7962 FAX番号 0942-37-6146
その他の連絡先 内 0942-35-3311

(受付保険薬局情報)

1回目を受け付けた保険薬局

名称 _____
所在地 _____
保険薬剤師氏名 _____ 印
調剤年月日 _____

2回目を受け付けた保険薬局

名称 _____
所在地 _____
保険薬剤師氏名 _____ 印
調剤年月日 _____

3回目を受け付けた保険薬局

名称 _____
所在地 _____
保険薬剤師氏名 _____ 印
調剤年月日 _____

久留米大学病院

脳神経外科 処方 2回目 (この処方せんは、どの)

1 / 1
分割指示に係る処方箋
3分割の 2回目

公費負担者番号	保険者番号
公費負担者医療の受給者番号	被保険者証・被保険者手帳の記号・番号

患者ID 1100000063 保険医療機関の所在地及び名称 久留米大学病院
フリガナ カゴシマ サブロウ 電話番号 (0942)35-3311(代)
氏名 鹿見島 三郎 様 保険医師名 システム 医師6 ㊞
生年月日 昭和60年01月01日生
年齢 33歳4ヶ月16日 性別 男
区分 都道府県番号 40 点数表番号 1 医療機関コード 2219012

交付年月日 平成30年05月16日 処方せんの使用期間 平成30年05月19日 物に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に、保険薬局に提出してください。

変更不可	個々の処方箋について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更が差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」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	1) ミカド配合錠BP 3錠 ミカド配合錠AP 3錠 3×朝・昼・夕の食後 15日分 (総投与日数50日分)

脳神経外科 処方 3回目 (この処方せんは、どの)

1 / 1
分割指示に係る処方箋
3分割の 3回目

公費負担者番号	保険者番号
公費負担者医療の受給者番号	被保険者証・被保険者手帳の記号・番号

患者ID 1100000063 保険医療機関の所在地及び名称 久留米大学病院
フリガナ カゴシマ サブロウ 電話番号 (0942)35-3311(代)
氏名 鹿見島 三郎 様 保険医師名 システム 医師6 ㊞
生年月日 昭和60年01月01日生
年齢 33歳4ヶ月16日 性別 男
区分 都道府県番号 40 点数表番号 1 医療機関コード 2219012

交付年月日 平成30年05月16日 処方せんの使用期間 平成30年05月19日 物に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に、保険薬局に提出してください。

変更不可	個々の処方箋について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更が差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」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	1) ミカド配合錠BP 3錠 ミカド配合錠AP 3錠 3×朝・昼・夕の食後 25日分 (総投与日数50日分)
	2) サクラス配合錠LD 2錠 2×昼・夕の食後 5日分 (総投与日数30日分)

院外処方 分割調剤指示入力方法

分割指示に係る処方箋（別紙）

（発行保険医療機関情報）

処方箋発行医療機関の保険薬局からの連絡先

電話番号 0942-31-7962 FAX番号 0942-37-6146

その他の連絡先 (代) 0942-35-3311

（受付保険薬局情報）

1 回目を受け付けた保険薬局

名称 _____

所在地 _____

保険薬剤師氏名 _____ 印

調剤年月日 _____

2 回目を受け付けた保険薬局

名称 _____

所在地 _____

保険薬剤師氏名 _____ 印

調剤年月日 _____

3 回目を受け付けた保険薬局

名称 _____

所在地 _____

保険薬剤師氏名 _____ 印

調剤年月日 _____