

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 (072) 922-0881 (代表)

疑義照会FAX番号 (072) 922-0758

その他の連絡先

保険関係FAX番号 (072) 922-0849

（受付保険薬局情報）

1 回目	名 称
	所 在 地
	保 険 薬 剤 師 氏 名
	調 剤 年 月 日

2 回目	名 称
	所 在 地
	保 険 薬 剤 師 氏 名
	調 剤 年 月 日

3 回目	名 称
	所 在 地
	保 険 薬 剤 師 氏 名
	調 剤 年 月 日

【注意事項】

この用紙（分割指示に係る処方箋（別紙））は、医師が保険薬局に対してお薬を分割してあなたへお渡しすることを指示するものです。

従って、保険薬局で最後までお薬を受けるために必ず必要なものとなりますので、

この用紙（分割指示に係る処方箋（別紙））と院外処方箋は必ず一緒に保険薬局へご持参ください。

分割1回目のお薬は、特に指定された場合を除き、交付の日を含めて4日以内にお受け取りください。

分割2回目や分割3回目の分のお薬は、分割1回目のお薬を受け取られた保険薬局の指定日付までにお受け取りください。

【保険薬局の方へ】

分割が2回の場合でも「3回目を受け付けた保険薬局」の欄が印字されますが、記入する必要はありません。分割2回目（分割3回目）の受け取り期限については、薬局で計算のうえ、患者さんにお伝えください。また、一緒に持参するものもお伝えください。

院外処方箋は「調剤済年月日、保険薬局の所在地及び名称、保険薬剤師氏名」欄は空白のままで、その都度患者さんにお渡しください。

最終調剤を行った保険薬局においてすべての院外処方箋を回収し、「調剤済年月日、保険薬局の所在地及び名称、保険薬剤師氏名」欄に記入してください。

分割2回目（分割3回目）の調剤時に行う服薬状況等の報告は、服薬情報提供書（トレーシングレポート）を用いてFAXでお願いいたします。

服薬情報提供書（トレーシングレポート）は、八尾市立病院ホームページよりダウンロードできます。

【保険薬局から患者さんへ】

分割2回目の受取期限は、____年____月____日です。

〈持参が必要なもの〉

- ・【分割指示に係る処方箋（別紙）】
- ・【院外処方箋 全て】

分割3回目の受取期限は、____年____月____日です。

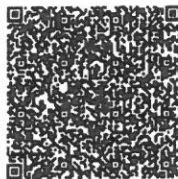
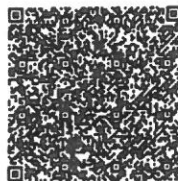
〈持参が必要なもの〉

- ・【分割指示に係る処方箋（別紙）】
- ・【院外処方箋 全て】

処方箋 (全国どこでも有効です)				薬剤師	検査
ID 0000000073				分割指示に係る処方箋 3分割の1回目	
公費負担者番号 (市町村番号)		保険者番号 0 0 0 0 0 0		1/1	
公費負担医療・老人 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 性別 年齢 区分	テスト J テスト J 男性 被保険者	大阪府八尾市龍華町1丁目3番1号 八尾市立病院 電話番号(代表) (072) 922-0881 保険医氏名 (テ) 富士通城 診療科名 消化器内科			
	交付年月日 平成30年10月12日	処方箋の 使用期間 平成30年10月15日 (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	個々の処方箋について、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」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。			
	1) リリカOD錠25mg 2錠 30日分 ・・・飲み薬 1日2回 朝・夕食後すぐ (総投与日数90日) 2) ロキソニンゲル1% 1本 [単位が「本」の時 1本=25g] ・・・塗り薬 1日1回 適量 患部 3) パファリン配合錠A330 2錠 90回分 ・・・頓用薬 疼痛時 1日3回まで (総投与回数90回) ・・・薬剤情報提供あり 以下余白				
処方 方	郵送可能 番号 27		点検 番号 1		医療機関 コード H9801686
備考	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」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。		
	□ 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		保険医署名 ***** 印		
	調剤済年月日 平成 年 月 日		公費負担者番号		
保険薬局の所在地及び名称		公費負担医療 の受給者番号		疑義照会FAX番号:(072)922-0758 保険関係FAX番号:(072)922-0849	
保険薬剤師氏名					

★ 保険薬局の方へ…処方せんの疑問点は、上記番号までFAXでご照会ください。

【処方箋QRコード】
処方内容が記載されてい
ます。このQRコードは、
薬局で利用します。



【注意事項】

- ・処方箋にはあなたの病気の情報など重要な個人情報に記載されていますので、取り扱いには十分注意してください。
- ・院外処方箋の有効期限は交付日を含めて4日間です。期限が過ぎた場合や紛失した場合には再発行ができませんのでご注意ください。
- ・「かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師」を持ちましょう。複数の病院やクリニックなどからの薬の飲み合わせや副作用、アレルギーなど自分の薬についての管理ができます。詳しくは、薬局でご相談ください。
- 【保険薬局の方へ】
 - ・八尾市立病院のホームページに以下の情報を掲載しています。規約・規定(調剤内規等)、採用薬情報、お知らせ、疑義照会用紙、服薬情報提供書(トレーニングレポート)
 - ・疑義照会については、「院外処方箋における疑義照会の運用について」(ホームページ掲載)を参照してください。
 - ・処方中の単位表記については、「処方箋表記の単位について」(ホームページ掲載)をご参照ください。
 - ・新規に病診薬連携システムの同意を取得した場合、同意書と処方箋をFAXしてください(切り取り不要)。

【検査情報】

*…90日以内の検査情報無し

検査項目	結果値	単位	検査日
AST(GOT)	9	U/L	2018/01/05
ALT(GPT)	12	U/L	2018/01/05
ALP	102	U/L	2018/01/05
TBL	0.2	mg/dL	2018/01/05
CRE	1.3	mg/dL	2018/01/05
eGFR	1.73	ml/分/1.73m ²	2018/01/05
K	3.6	mEq/L	2018/01/05
CPK	100	U/L	2018/01/05
WBC	4000	千/μL	2018/01/05
PLT	15	千/μL	2018/01/05
NEUT	4.6	個/μL	2018/01/05
HB	14	g/dL	2018/01/05
TSH	0.4	μIU/mL	2018/01/05
HbA1c	6.5	%	2018/01/05
PT-INR	*	—	*
ALB	4.1	g/dL	2018/01/05
CRP	*	mg/dL	*

- 上記検査情報は、保険薬局での処方確認や調剤に活用します。
- 保険薬局への検査値の提供を望まない場合は、「切り取り線」で切り離して処方箋のみ提出してください。

※八尾市立病院では、病診薬連携システム(あなたの診療情報を薬局と共有するシステム)を利用して、あなたの薬を安全に管理できる仕組みを提供しています。以下の同意書を薬局に提出していただくことで当システムによるサービスを利用できます。

【八尾市立病院病診薬連携システム同意書】

私は、下記の薬剤師から八尾市立病院病診薬連携システムに関する説明並びに説明文書の交付を受け、その目的及び利用方法などを理解しましたので、私の診療情報が私の受ける調剤、服薬指導に活用されることに同意します。

同意日	年 月 日	説明者
フリガナ		
氏名(自署)		
代理人(自署)		
薬局名		

ID 0000000073 処方箋 (全国どこでも有効です)		高 取 保 険 者 番 号
分割指示に係る処方箋 3分割の2回目		
公費負担者番号 (市町村番号)	保険者番号 0 0 0 0 0 0	1/1
公費負担医療・老人 医療の受給者番号	被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号	
氏名 テスト J 様 性別 男性 区分 被保険者 生年月日 平成21年01月01日 年齢 9歳 患者負担 3割 保険医療機関の 所在地及び名称 大阪府八尾市龍華町1丁目3番1号 八尾市立病院 電話番号(代表) (072)922-0881 保険医氏名 (テ) 富士通城 診療科名 消化器内科		
交付年月日 平成30年10月12日 処方箋の 使用期間 平成30年10月15日 (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 個々の処方箋について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更と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「X」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。		
1) リリカOD錠25mg 2錠 30日分 ・ ・ ・ 飲み薬 1日2回 朝・夕食後すぐ (総投与日数90日) ・ ・ ・ 薬剤情報提供あり 以下余白		
郵道府県 27 市町村 1 医療機関 9801686		
保険医署名: 患者住所: 保険医署名: ***** 印		
備考 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「X」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 平成 年 月 日 公費負担者番号		
保険薬局の所在地及び名称 公費負担医療の受給者番号		
保険薬剤師氏名 疑義照会FAX番号: (072)922-0758 保険関係FAX番号: (072)922-0849		

★ 保険薬局の方へ…処方せんの場合は、上記番号までFAXでご照会ください。

【処方箋QRコード】
処方内容が記録されてい
ます。このQRコードは、
薬局で利用します。



【注意事項】

- ・処方箋にはあなたの病気の情報など重要な個人情報に記載されていますので、取り扱いには十分注意してください。
- ・院外処方箋の有効期限は交付日を含めて4日間です。期限が過ぎた場合や紛失した場合には再発行ができませんのでご注意ください。
- ・「かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師」を持ちましょう。複数の病院やクリニックなどからの薬の飲み合わせや副作用、アレルギーなど自分の薬についての管理ができます。詳しくは、薬局でご相談ください。
- 【保険薬局の方へ】
- ・八尾市立病院のホームページに以下の情報を掲載しています。規約・規定(調剤内規等)、採用薬情報、お知らせ、疑義照会用紙、服薬情報提供書(トレーニングレポート)
- ・疑義照会については、「院外処方箋における疑義照会の運用について」(ホームページ掲載)を参照してください。
- ・処方中の単位表記については、「処方箋表記の単位について」(ホームページ掲載)をご参照ください。
- ・新規に病診薬連携システムの同意を取得した場合、同意書と処方箋をFAXしてください(切り取り不要)。

【検査情報】

*…90日以内の検査情報無し

検査項目	結果値	単位	検査日
AST(GOT)	9	U/L	2018/01/05
ALT(GPT)	12	U/L	2018/01/05
ALP	102	U/L	2018/01/05
TBL	0.2	mg/dL	2018/01/05
CRE	1.3	mg/dL	2018/01/05
eGFR	1.73	ml/分/1.73m ²	2018/01/05
K	3.6	mEq/L	2018/01/05
CPK	100	U/L	2018/01/05
WBC	4000	千/μL	2018/01/05
PLT	15	千/μL	2018/01/05
NEUT	4.6	個/μL	2018/01/05
HB	14	g/dL	2018/01/05
TSH	0.4	μIU/mL	2018/01/05
HbA1c	6.5	%	2018/01/05
PT-INR	*	—	*
ALB	4.1	g/dL	2018/01/05
CRP	*	mg/dL	*

- 上記検査情報は、保険薬局での処方確認や調剤に活用します。
- 保険薬局への検査値の提供を望まない場合は、「切り取り線」で切り離して処方箋のみ提出してください。

※八尾市立病院では、病診薬連携システム(あなたの診療情報を薬局と共有するシステム)を利用して、あなたの薬を安全に管理できる仕組みを提供しています。以下の同意書を薬局に提出していただくことで当システムによるサービスを利用できます。

【八尾市立病院病診薬連携システム同意書】

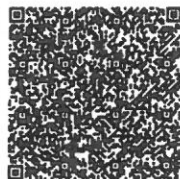
私は、下記の薬剤師から八尾市立病院病診薬連携システムに関する説明並びに説明文書の交付を受け、その目的及び利用方法などを理解しましたので、私の診療情報が私の受ける調剤、服薬指導に活用されることに同意します。

同意日	年 月 日	説明者
フリガナ		
氏名(自署)		
代理人(自署)		
薬局名		

処 方 箋 (全国どこでも有効)				薬 剤 師	検 査 科	
ID 0000000073						
公費負担者番号 (市町村番号)		保険者番号 0 0 0 0 0 0		1/1		
公費負担医療・老人 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	テスト J 様		大阪府八尾市龍華町1丁目3番1号 八尾市立病院		
	性別	男性	生年月日	平成21年01月01日 9歳		
	区分	被保険者	患者負担	3割		
	診療科名	消化器内科				
交付年月日		平成30年10月12日	処方箋の使用期間 平成30年10月15日 (交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること)			
処 方	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)への変更と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「X」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。				
	1)	リリ方OD錠25mg ・・・飲み薬 1日2回 朝・夕食後すぐ (総投与日数90日) ・・・薬剤情報提供あり 以下余白				
備 考	調剤済年月日	平成 年 月 日	公費負担者番号			
	保険薬局の所在地及び名称	公費負担医療の受給者番号				
	保険薬剤師氏名	調剤済年月日		平成30年10月12日		
	調剤済年月日 27 点検日 1 医療機関コード 9801686					

★ 保険薬局の方へ…処方せんの疑問点は、上記番号までFAXでご照会ください。

【処方箋QRコード】
処方内容が記録されています。このQRコードは、薬局で利用します。



【注意事項】

- ・処方箋にはあなたの病気の情報など重要な個人情報に記載されていますので、取り扱いには十分注意してください。
- ・院外処方箋の有効期限は交付日を含めて4日間です。期限が過ぎた場合や紛失した場合には再発行ができませんのでご注意ください。
- ・「かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師」を持ちましょう。
- ・複数の病院やクリニックなどからの薬の飲み合わせや副作用、アレルギーなど自分の薬についての管理ができます。詳しくは、薬局でご相談ください。
- 【保険薬局の方へ】
- ・八尾市立病院のホームページに以下の情報を掲載しています。規約・規定(調剤内規等)、採用薬情報、お知らせ、疑義照会用紙、服薬情報提供書(トレーニングレポート)
- ・疑義照会については、「院外処方箋における疑義照会の運用について」(ホームページ掲載)を参照してください。
- ・処方中の単位表記については、「処方箋表記の単位について」(ホームページ掲載)をご参照ください。
- ・新規に病診薬連携システムの同意を取得した場合、同意書と処方箋をFAXしてください(切り取り不要)。

【検査情報】

*…90日以内の検査情報無し

検査項目	結果値	単位	検査日
AST(GOT)	9	U/L	2018/01/05
ALT(GPT)	12	U/L	2018/01/05
ALP	102	U/L	2018/01/05
TBL	0.2	mg/dL	2018/01/05
CRE	1.3	mg/dL	2018/01/05
eGFR	1.73	ml/分/1.73㎡	2018/01/05
K	3.6	mEq/L	2018/01/05
CPK	100	U/L	2018/01/05
WBC	4000	千/μL	2018/01/05
PLT	15	千/μL	2018/01/05
NEUT	4.6	個/μL	2018/01/05
HB	14	g/dL	2018/01/05
TSH	0.4	μIU/mL	2018/01/05
HbA1c	6.5	%	2018/01/05
PT-INR	*	—	*
ALB	4.1	g/dL	2018/01/05
CRP	*	mg/dL	*

- 上記検査情報は、保険薬局での処方確認や調剤に活用します。
- 保険薬局への検査値の提供を望まない場合は、「切り取り線」で切り離して処方箋のみ提出してください。

※八尾市立病院では、病診薬連携システム(あなたの診療情報を薬局と共有するシステム)を利用して、あなたの薬を安全に管理できる仕組みを提供しています。以下の同意書を薬局に提出していただくことで当システムによるサービスを利用できます。

【八尾市立病院病診薬連携システム同意書】

私は、下記の薬剤師から八尾市立病院病診薬連携システムに関する説明並びに説明文書の交付を受け、その目的及び利用方法などを理解しましたので、私の診療情報が私の受ける調剤、服薬指導に活用されることに同意します。

同意日	年 月 日	説明者
フリガナ		
氏名(自署)		
代理人(自署)		
薬局名		