

保険医療機関及び保険医療養担当規則の一部を改正する省令

第一条 保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）の一部を次のように改正する。

（診療の具体的方針）

第20条 医師である保険医の診療の具体的方針は、前十二条の規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

1 診察（略）

2 投薬

イ～ホ（略）

ヘ 投薬量は、予見することができる必要期間に従つたものでなければならない。この場合において、厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに1回14日分、30日分又は90日分を限度とする。

ト（略）

3 処方箋の交付

イ 処方箋の使用期間は、交付の日を含めて4日以内とする。ただし、長期の旅行等特殊の事情があると認められる場合は、この限りでない。

ロ イの規定にかかわらず、リフィル処方箋（保険医が診療に基づき、別に厚生労働大臣が定める医薬品以外の医薬品を処方する場合に限り、複数回（3回までに限る。）の使用を認めた処方箋をいう。以下同じ。）の2回目以降の使用期間は、直近の当該リフィル処方箋の使用による前号への必要期間が終了する日の前後7日以内とする。

ハ イ及びロによるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。ただし、当該処方箋がリフィル処方箋である場合における同号の規定の適用については、同号へ中「投薬量」とあるのは、「リフィル処方箋の1回の使用による投薬量及び当該リフィル処方箋の複数回の使用による合計の投薬量」とし、同号へ後段の規定は、適用しない。

（以下 歯科診療の具体的方針も同様）

（処方箋の交付）

第23条 保険医は、処方箋を交付する場合には、様式第二号若しくは第二号の二又はこれらに準ずる様式の処方箋に必要な事項を記載しなければならない。

2 保険医は、リフィル処方箋を交付する場合には、様式第二号又はこれに準ずる様式の処方箋にその旨及び当該リフィル処方箋の使用回数の上限を記載しなければならない。

3（略）

附則（経過措置）

第二条 この省令の施行の際現にある第一条の規定による改正前の様式（次項において「旧様式」という。）により使用されている書類は、この省令による改正後の様式によるものとみなす。

2 この省令の施行の際現にある旧様式による用紙は、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

処方箋（様式第二号）の新様式

様式第二号（第二十三条関係）

<div style="text-align: center;"> <h2 style="margin: 0;">処方箋</h2> <p style="margin: 0;">（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）</p> </div>												
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			保険医療機関の所在地及び名称								
	生年月日		明大昭平令 年月日	男・女	電話番号							
	区分		被保険者	被扶養者	保険医氏名 (印)							
交付年月日		令和年月日		都道府県番号		点数表番号		医療機関コード				
処方箋の使用期間		令和年月日		<small>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。</small>								
処方	変更不可			<small>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。</small>								
				リフィル可 <input type="checkbox"/> (<input type="checkbox"/> 回)								
備考	保険医署名 〔「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。） <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								
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） <input type="checkbox"/> 1回目調剤日（ 年 月 日 ） <input type="checkbox"/> 2回目調剤日（ 年 月 日 ） <input type="checkbox"/> 3回目調剤日（ 年 月 日 ） 次回調剤予定日（ 年 月 日 ） 次回調剤予定日（ 年 月 日 ）												
調剤済年月日		令和年月日		公費負担者番号								
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名 (印)				公費負担医療の受給者番号								

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
 2. この用紙は、日本工業規格A列5番を標準とすること。
 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(昭和51年厚生省令第36号)第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。