

令和 8 年 5 月 2 8 日

保険薬局 各位

徳島県立海部病院医療技術局薬剤科

処方箋様式改訂に伴う「調剤する薬剤を減量した上で
保険医療機関に情報提供」する方法について（依頼）

令和 8 年 3 月 5 日保医発 0305 第 5 号厚生労働省保険局医療課長・歯科医療管理官連名通知「保険医療機関及び保険医療費担当規則等の一部改正に伴う実施上の留意事項について」第 2 の 3 において、新たに設けられた「調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供」項目の口欄に「レ」が記載された処方箋を受け付けた保険薬局の薬剤師が、減数調剤を行った場合の当該処方箋発行医療機関への情報提供方法が定められています。

当院へ情報提供する場合は、次の方法でお願いします。

1) 実際に交付した薬剤の投与量について：

処方日数を二重線で修正した処方箋写しを当院へ FAX する（次ページ：例）。

2) 残薬の状況、その理由、患者への説明内容、減量調剤した旨等について：
服薬情報提供書（トレーシングレポート）を当院へ FAX する。

※確実に医師に情報を伝えるため、できる限り、当院指定の様式で提供して頂くようにお願いします。

3) 上記 1) 2) 共に、送付先 FAX 番号は次のとおりです。

※当院指定の服薬情報提供書（トレーシングレポート）にも記載済みです。

○ FAX：0884-72-2383 （5 月 21 日～）

× FAX：0884-72-3521

以上。

(例)

9999900011

内科

院 外 処 方 箋
(この処方箋は、どの薬局でも有効です。)

70歳7ヶ月
7
17

公費負担者番号		保険者番号		3 9 3 9 3 0 1 2	
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		0 2 3 5 7 3 4 1 (枝番)	
患 者	氏 名	テスト SE11 男性 (昭和30年10月10日)		保険医療機関の 徳島県徳島市大字中村266 所在地及び名称 徳島県立 海部病院 電 話 番 号 (0884) 7 2 - 1 1 6 6 保 険 医 氏 名 テスト医師 ㊞	
	区 分	被保険者		徳島県 3 6 点 数 表 1 医療機関 1 4 1 0 1 2 1	
交付年月日		令和 8 年 0 5 月 2 7 日		処方せんの使用期限 年 月 日まで、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 (医療上必要)		患者希望 ☐ 個々の処方箋について、医療上の必要性があるため、後発医薬品（ジェネリック医薬品）処方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。 また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。			
(処方 薬名・分量・用法・投与回数・又は投与量)	1) 【般】アムロジピン口腔内崩壊錠5mg ・・・1×朝食後 以下余白 リファオル可 ☐ (一回)		1錠 30日分 15日分		
	高 9		「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。 保険医署名 ㊞		
備考		保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応 (特) ☐ 保険医療機関へ延義照会した上で調剤 調剤実施回数 (調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載) □ 1 回目調剤日 (年 月 日) □ 2 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)			
麻薬使用 の 場 合	患者住所	公費負担者番号		公費負担医療の受給者番号	
	麻薬施用者 免許番号	住 所 局 名 保 険 薬 剤 師 氏 名		㊞	
調 剤 済 年 月 日	年 月 日				

☑ 調剤する薬剤を減量した上で、
保険医療機関へ情報提供

遅くとも、翌営業日までに、
FAX をお願いします。