

電子処方箋の運用開始について

電子処方箋の運用開始について

- ・ システム稼働日：2025年7月1日（火）
 - ・ 処方箋様式の見方について
- 紙処方箋か電子処方箋かは、患者様の申し出により選択されます。

紙の処方箋の場合

電子処方箋対応
引換番号: 069445

処方箋 (この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号	保険者番号	区分	本人
出費負担者医療 の受給者番号	被保険者資格に該当 する番号		
処方箋の 使用期間	年 月 日まで	保険医療機関 (療養施設機関)の 所在地及び名称	大阪府吹上区2丁目1番14号 独立行政法人 国立病院機構 大阪医療センター (06) 6942-1331 (代) (200坪以上)
フリガナ 氏 名	性別 男	電話 番号	診療科 循環器科 保険医氏名 富士通 利用者00印
生年月日	令和7年04月03日	処方箋発行日	令和7年04月03日
薬 品 名	分量 日数・回数		
1) プムララリ錠(1日3回) 1回1錠 (1日3回) ・・・分3 毎食後 ・服用開始日: 2025/04/03(木) てすと20250403_01	1日分		
以下余白			
患者ID番号	患者住所	後発医薬品への変更について	
療養施設番号		「変更不可」欄に「○」又は「×」を記載した 場合は、署名又は記号・押印すること。	
		保険医署名・押印	印
保険薬局が調剤時に検査を確認した場合の対応指示 (特に指示がある場合は「○」又は「×」を記載すること。)			
☐ 保険医療機関へ送付した上で調剤 ☐ 保険医療機関へ送付せず			
調剤実施回数 (調剤回数に応じて、□に「○」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。)			
□1回目調剤日 (年 月 日) □2回目調剤日 (年 月 日) □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	印	公費負担医療の 受給者番号	

これは院外処方箋です。

患者さまへ
当院では外来処方箋は原則として院外処方箋とさせていただきます。
特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内(日曜・祝日を含む)に
かかりつけ薬局にこのまま提出してください。

1. お名前と内容をお確かめください。
2. お薬は、かかりつけ薬局でお受け取りください。
3. かかりつけ薬局にこのまま切り離さずお渡しください。
4. お受け取りになった薬についての問い合わせは、ご利用になった
かかりつけ薬局へおたずねください。
5. 当センターを受診される際は、かかりつけ薬局から交付された
「おくすり手帳」または「おくすり説明書」をご持参ください。

かかりつけ薬局のみなさへ
1. 不明な点がございましたら、当センターまでお問い合わせください。
2. このお知らせは、初診時または、希望される患者さまへ破線で切り離
してお渡しください。

* 疑義照会について *
疑義照会は病院代表番号に直接電話にてお願いします。その際、質問内容
により担当部署に取り次がれますので、各担当部署を明確にお伝えください。

病院代表番号 06-6942-1331

- ・処方内容は処方医
- ・保険内容は医事課

電話で疑義照会した後にその修正内容を診療情報提供書として
ファックスでお送りください。
FAX番号(医事部門) 06-6946-3598

* 後発医薬品への対応について *
当センターへの後発医薬品変更に関する情報提供は、患者様の
「おくすり手帳」や「おくすり説明書」等により行いますので、
次回診察時に主治医へお示しいただくようご指導ください。
なお、患者様への説明と同意のうえ後発医薬品へ変更になった時
は、「おくすり手帳」や「おくすり説明書」に変更後の薬品名と共
に変更前の薬品名も判るように記載してください。

後発医薬品へ変更不可の場合、必ず押印してあります。
押印の無いものは変更可です。

独立行政法人 国立病院機構
大阪医療センター
〒540-0006
大阪市中央区法門坂2丁目1番14号
電話 06-6942-1331 (代)

現行の処方箋と大きな変更はありません。

電子処方箋管理サービスに処方内容
が登録されている場合、処方箋左上
に引換番号6桁が印字されます。

引換番号が印字されている場合、電
子処方箋管理サービスで処方内容を
確認することができますが、

紙の処方箋の場合は、紙の処方箋内
容に対して調剤をお願いします。

電子処方箋の場合

処方内容(控え) ページ: 1 / 1

引換番号: 122633

マイナンバーカードをお持ちでない方は上記の引換番号を薬局にお伝えください

氏名	発行年月日	使用期限
様	2025年 4月 9日	2025年 4月 12日

※記載無しは発行年月日含めて4日間有効

□この処方内容(控え)はリフィル処方によるものです(回)
※リフィル処方箋の場合は上記に「レ」と総使用回数が記載されます。お薬を受け取った後、次回調剤予定日が以下に記載されますので、その前後7日間以内に薬局に来てください。

□1回目調剤日(年 月 日)	□2回目調剤日(年 月 日)	□3回目調剤日(年 月 日)	□次回調剤予定日(年 月 日)

(医療機関コード) 27-1-9900017
〒540-0006 大阪市中央区法円坂2丁目1番14号
独立行政法人 国立病院機構 大阪医療センター
TEL (06)6942-1331 FAX (処方医師名) 富士通 利用者001

【処方内容】

RP001 【般】ロキソプロフェンNaテープ100mg (10×14cm非温70枚) 以下余白
--

保険者番号	生年月日
記号・番号	性別 男
公費負担者番号	公費受給者番号
患者特定コード	

患者さんは引換番号6桁、QRコードが記載された処方内容(控え)が交付され、保険薬局に持参されます。処方内容(控え)には薬剤名、1日量、投与日数が記載されています。用法の記載はありません。

電子処方箋の内容を確認の上、調剤をお願いします。

処方内容(控え)の受付方法、操作方法等については、保険薬局で導入しているレセコンメーカーに確認をお願いします。

電子処方箋 用法について

外用薬、インスリン注射等の処方の場合

①1日〇回~~の電子処方箋用用法（コード）

②病院側で処方している用法が併記されます。（テキスト）

電子処方箋用法には左右等を選択する用法が存在しないため
調剤される際は薬局の用法に紐づけないよう注意をお願いします。

処方内容			
1	外用		
	【般】フルオロメトロン点眼液0.1%	1	本
	1日〇回 点眼	1	
	右眼1日3回		
	2025/04/17(木)		

処方内容			
1	注射		
	ノボリンN注フレックスペン 300単位	1	本
	1日〇回 皮下注射	1	
	1日1回 朝食直前 1単位		
	2025/04/17(木)		
2	注射		
	ノボラピッド30ミックス注 フレックスペン 300単位	3	本
	体の状態に応じて皮下注射	1	
	血糖値により単位調節		
	2025/04/17(木)		

不均等投与について

- ・電子処方箋導入時のテスト処方において、朝食後 2 錠、夕食後1錠不均等処方を行った場合、

Aレセコンメーカーでは、朝食後 2 錠、夕食後1錠と正しく表示できました。

Bレセコンメーカーでは、不均等投与にならず朝食後1.5錠、夕食後1.5錠と誤った表示になりました。

病院の電子カルテシステムからは、JAHIS院外処方箋2次元シンボル記録条件規約の Ver1.7（JAHIS8）に基づいて処方登録データを作成し、電子処方箋管理サービスにデータを送信しています。

この規約では、不均等服用に関してはレコードNo221（不均等レコード）かレコードNo281（薬品補足レコード）のいずれかに記録するよう説明されており、当院が採用している電子カルテシステムベンダではレコードNo281（薬品補足レコード）に不均等服用を記録しています。

各保険薬局におかれましては、各レセコンメーカーに不均等服用に対して正しく表示できる事を必ず確認しておいて下さい。

問い合わせ先

- ・処方内容についての疑義照会は、従来通り処方医師にお願いします。
現行の疑義照会簡素化プロトコルについても、従来通りFAXでの運用となります。
- ・保険内容については従来通り医事課にお願いします。
- ・その他、電子処方箋については薬剤部 医薬品情報管理室にお願いします。

大阪医療センター
病院代表番号：06－6942－1331