調　剤　薬　局　記　入　欄　（　　年　　月　分　）

患者氏名		性別	男 ・ 女	生年月日	昭・平　年　月　日
医療機関		保険医氏名	1 2 3 4 5	6 7 8 9 10	受付回数 回

医師番号	処方月日	調剤月日	処方 医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単位薬剤料点	調剤数量	調剤報酬点数　点 調剤料	薬剤料	加算料

摘要	

	請求点数	※審査決定点数	一部負担金額	基本調剤料	時間外加算	指導料
合計	点	点	点	点	点	点
他法負担分	法名　点	点	点	点	点	点
	法名　点	点	点	点	点	点

領収金額	円	薬剤一部負担金　円

上記のとおり調剤を行い、その費用を領収しました。

平成　年　月　日

所在地・電話番号

調剤薬局名

薬剤師氏名　　㊞

（記入上の注意）

① 患者氏名・性別・生年・回数・調剤内容は特に漏れなく記入してください。

② 記入事項を訂正した場合は必ず訂正印を押してください。