

*14 薬剤師の証明			(職員氏名)					
処方せんを交付した診療機関の		名 称						
		所在地						
担当医名 担 当 氏		1.	3.					
		2.	4.					
調 剤 期 間		年 月 日から 年 月 日まで 日間 調剤実日数 日						
医師 番号	処方月日	調剤月日	処 方		調剤 数量	調 剤 報 酬 点 数		
			医 薬 品 名 ・ 規 格 ・ 用 量 ・ 剤 型 ・ 用 法	単 位 薬 剤 料		薬 剤 調 整 料 調 剤 管 理 料	薬 剤 料	加 算 料
	.	.		点		点	点	点
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
処方せん受付回数		回	摘要					
調剤基本料 (点)		時間外加算等 (点)		指導料 (点)		合計点数		
						点		
						合計金額		
						円		
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。								
年 月 日				薬局の { 名 称 所 在 地 薬 剤 師 の 氏 名				