

* 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		1.	2.		3.		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		調剤料	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 { 所在地 名 称 薬剤師の氏名								