＊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	

担当医氏名	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

（自署又は押印）