

*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 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	
<p>上記の事項は事実と相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">薬局の { 名 称 所 在 地 薬剤師の氏名</p>								