



再調剤依頼用紙

ご利用者様氏名 _____ 様 部屋番号 _____ 依頼日 _____

施設名 _____ (対応者: _____)

↓ ↑

メトロ調剤薬局 (対応者: _____)

当薬局以外のお薬を再調剤ご希望の場合、以下に依頼する内容の詳細を記載の上ご依頼お願いいたします。必ずお薬の内容がわかる用紙(お薬手帳もしくは薬情も併せて FAX お願いいたします)

依頼する場合以下の内容の記載もお願いいたします。

処方日:	処方元医療機関:
開始日・終了日	
調剤方法	
薬局からの返答	

以下に全て該当する場合患者負担がかかります

以下(外来服薬支援料1)の算定要件を満たす場合 1割負担で 180円~190円になります

- 一包化されていない(1包化されている場合は外来服薬支援料1算定不可)
- 継続した算定になっていない(院内処方など継続して依頼される場合は初回のみ代金がかかります)
- ご利用者様、もしくはご家族の了承を得ている