

調剤事務管理士® 技能認定試験

出題形式サンプル

解答形式：マークシート方式

試験時間：学科＋実技で90分

実技出題数　：レセプト作成 大問2問（小問16問）

※出題のサンプルを掲載しております。

※出題箇所・出題枠の範囲は実施回により異なります。

※学科問題は変更ございません。

第 122 回 調剤事務管理士技能認定試験

(令和 3 年 1 1 月度)

- ◆解答は、「黒鉛筆」(B または HB) を使用してはっきりと、別紙解答用紙に記入して下さい。
- ◆マークシートの記入にあたっては、解答用紙の注意事項に従って下さい。
- ◆解答を訂正する場合は、消しゴムを使用して下さい。

◆試験問題

- 学科問題 問 1～問 10
- 実技問題 問1 レセプト作成問題
- 問 2 レセプト作成問題

- ◆この試験問題は、試験終了後、回収します。

受験番号

氏 名

学科問題

問1. 調剤薬局事務員には、医療従事者として医師・薬剤師と同様に守らなければならない事項があります。厚生労働省通知の「診療情報の提供等に関する指針」の中で定めている義務を1つ選びなさい。

- A. 患者から薬に関する質問があった場合は、薬剤師に代わらなければならない。
- B. 受付で得られた患者情報は、必要に応じて薬剤師に漏れなく伝えなければならない。
- C. 業務上知り得た「患者及び調剤等の秘密」を他に漏らしてはならない。
- D. 患者から薬に関する質問があった場合、自分の知っている情報は伝えなければならない。
- E. 調剤報酬算定に関する通達や情報は、しっかり把握しておかなければならない。

問2. 次の各項を読み、（ ）に入る正しいものを□より選びなさい。

- (1) 公費負担医療制度の法別番号「21」の取扱機関は（ ）である。
- (2) 組保管掌健康保険の患者が公費負担医療制度の法別番号「10」の適用を受けた場合、適正医療の（ ）が患者負担となる。
- (3) 自衛官の家族が加入する医療保険は（ ）である。
- (4) 労災保険の適用を受けている患者の調剤費は（ ）と薬価基準表を用いて算定する。

- | | | |
|------------|--------------|--------------|
| A. 調剤報酬点数表 | B. 保健所 | C. 30% |
| D. 市町村 | E. 国家公務員共済組合 | F. 労災診療費算定基準 |
| G. 5% | H. 自衛官等 | |

問3. 桔梗保険調剤薬局において、次の(1)(2)の患者が持参した下記の処方箋4枚を同時に受け付け調剤しました。調剤報酬が次の場合、窓口で徴収する患者負担金額はどれですか。

処方箋受付・調剤月日：令和3年11月18日			
立石病院	内科	熊谷医師	1,374点
〃	皮膚科	槇野医師	491点
〃	歯科	内田医師	615点
ゆきの眼科クリニック		雪乃医師	411点

- (1) 保険者番号39141049で処方箋の備考欄に「高一」の記載がある被保険者
- (2) 保険者番号06020077の被保険者(53歳)

- | | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| A. 2,890円 | B. 2,891円 | C. 2,900円 | D. 5,780円 |
| E. 5,782円 | F. 8,670円 | G. 8,673円 | H. 8,680円 |

問4. 次の各項のうち、正しいものの組み合わせを選びなさい。

- (1) 内服薬3剤と内服用滴剤が同時に処方された場合、内服用滴剤の調剤料は算定できない。
(2) 舌下錠と内服錠を同時に調剤した場合、服用方法が異なるので2剤として算定する。
(3) 向精神薬と麻薬を1剤として調剤した場合、麻薬加算を算定する。
(4) 嚥下困難者に4種類の内服薬を粉砕して一包化した場合、一包化加算と嚥下困難者用製剤加算を算定する。

A. (1)(2) B. (2)(3) C. (1)(3)(4) D. (1)～(4) E. (4)のみ

問5. 次の各問を読み、()に入る正しいものを選びなさい。

- (1) 在宅患者調剤加算の算定単位は、()である。

A. 1日分につき B. 1調剤につき C. 受付1回につき

- (2) 薬価基準収載後1年以内の薬剤は、原則1回に()を限度として投与する。

A. 14日分 B. 30日分 C. 90日分

- (3) 薬価基準とは、保険診療や保険調剤で使用できる()の品名と価格を定めたものである。

A. 医薬品 B. 機能性表示食品 C. 特定保険医療材料

- (4) 糖尿病の患者にインスリンを投与して治療することを()という。

A. 補充療法 B. 対症療法 C. 原因療法

問6. 次の処方内容をもとに各問を読み、()に入る正しいものを選びなさい。

1)	_____ 3 T			
	_____ 3 T	分3	n.d.E.	10日分
2)	_____ 1.5			
	_____ 3.0			
	_____ 1.2	分3	n.d.E.	21日分
3)	_____ 2 C			
	_____ 2 T	分2	朝・夕n.d.E.	14日分
4)	_____ シロップ5 mL			
	_____ ドライシロップ1.5	分1	v.d.S.	5日分
5) 麻	_____ 0.2			
	_____ 1.0	3回分	咳発作時屯用	
6) 向	_____ 1 C	3回分	不眠時屯用	
7)	_____ 軟膏5 g			
	_____ 軟膏8 g	混和(予製剤使用)	適時塗布	
		(内服薬 一包化)		

(1) 処方された内服薬の剤数は () である。

- A. 2 剤 B. 3 剤 C. 4 剤 D. 5 剤

(2) 内服薬の加算を含めない調剤料の合計点数は () である。

- A. 138点 B. 147点 C. 174点 D. 202点

(3) 内服薬の調剤料に算定できる加算の合計点数は () である。

- A. 103点 B. 137点 C. 148点 D. 182点

(4) 屯服薬の加算を含めた調剤料の合計点数は () である。

- A. 91点 B. 99点 C. 144点 D. 165点

(5) 外用薬の加算を含めた調剤料の合計点数は () である。

- A. 26点 B. 36点 C. 90点 D. 100点

問7. 次の各問を読み、() に入る正しいものを選びなさい。

(1) 末期の悪性腫瘍の患者に在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する場合、月 () 回が算定限度である。

- A. 2 B. 4 C. 6 D. 8

(2) 薬剤服用歴管理指導料の特定薬剤管理指導加算が算定できる薬剤は () である。

- A. 血圧降下剤 B. 膵臓ホルモン剤 C. 高脂血症用剤 D. 副腎ホルモン剤

(3) 経管投薬支援料の算定は () 限りである。

- A. 初回 B. 月1回 C. 月2回 D. 月3回

(4) 在宅療養中の患者の状態急変に伴い、医師の指示で薬剤師が患者宅を訪問し、薬学的管理と指導を行った場合 () を算定する。

- A. かかりつけ薬剤師指導料 B. 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料
C. 在宅患者訪問薬剤管理指導料 D. 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

問 8. 次の各問を読み、（ ）に入る正しいものを選びなさい。

(1) カルタン細粒83% 1 gを内服薬として1日2,490mgで3回に分けて調剤した場合、1回の服用量は（ ）である。

A. 0.83 g B. 1 g C. 3 g D. 8.3 g

(2) アデカット7.5mg錠1錠を1回30mgで1日2回服用する場合、1日の服用量は（ ）である。

A. 2錠 B. 4錠 C. 6錠 D. 8錠

問 9. 次の各項を読み、レセプトの記入について（ ）に入る最も適切なものを より選びなさい。

(1) 調剤を行っていない月に在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定した場合、訪問の対象となる調剤の（ ）を摘要欄に記入する。

(2) 月の途中で国保から社保に変更となった場合、（ ）のレセプト摘要欄にその理由を記入する。

(3) 在宅患者調剤加算を算定した場合、（ ）欄に記入する。

(4) 麻薬を調剤した場合、「保険薬局の所在地及び名称」欄の下部に（ ）の免許番号を記入する。

A. 社保	B. 年月日	C. 調剤基本料	D. 麻薬施用者
E. 加算料	F. 麻薬小売業	G. 国保	H. 年月日と投与日数

問 10. 次の各項について、加算を含めた調剤基本料を選びなさい。

(1) 調剤基本料1、後発医薬品調剤体制加算1の届出をしている保険調剤薬局で、11月3日（祝日・休業日）午後1時に処方箋を緊急受付した場合。

A. 80点 B. 99点 C. 114点 D. 116点 E. 137点

(2) 調剤基本料2、地域支援体制加算の届出をしている保険調剤薬局で、11月21日（日曜日・休業日）午後11時に処方箋を緊急受付した場合。

A. 90点 B. 116点 C. 128点 D. 154点 E. 192点

(3) 調剤基本料3「イ」、後発医薬品調剤体制加算2の届出をしている保険調剤薬局で、11月27日（土曜日・休業日）午後3時に処方箋を緊急受付した場合。

A. 60点 B. 83点 C. 86点 D. 103点 E. 126点

実技問題

算定条件

特別な注意書きがないかぎり次の条件に従います。

◆調剤基本料等は、処方箋の記載に準じます。

◆薬剤服用歴管理指導料の算定要件をすべて満たしています。

算定要件：①薬剤情報の文書を患者に交付

②薬剤について基本的な説明と指導

③患者または家族等から収集した情報・薬剤服用歴の記録に基づく服薬指導と残薬確認

④薬剤情報を手帳に記載

⑤後発医薬品の情報提供

◆かかりつけ薬剤師指導料の施設基準届出

◆国保の患者の一部負担割合は3割とします。

70歳以上の患者の所得区分は高7の場合は「26区 ア」、高一の場合は「29区 エ」とします。

ただし、処方箋の備考欄に記入がある場合は、その指示に従って判断します。

◆開局時間：月曜日～土曜日 9：00～18：00

◆休業日：日曜日、祝日、12月29日～1月3日

実技問題薬価基準表

(令和3年11月度)

(内用薬) ※品名の前に○印のあるものは後発医薬品

品名	規格・単位	薬価	備考
○ アンブロキソール塩酸塩錠15mg「タカタ」	15mg 1錠	5.70	気道潤滑去たん剤
○ " シロップ小児用「タカタ」	0.3% 1mL	5.20	
○ " DS小児用1.5%「タカタ」	1.5% 1g	28.00	
○ " DS3%「タカタ」	3% 1g	25.60	
○ イトブリド塩酸塩錠50mg「サワイ」	50mg 1錠	7.40	消化管運動賦活剤
○ エチゾラム1%細粒	1% 1g	向 22.20	精神安定剤
○ " 0.5mg錠	0.5mg 1錠	向 6.40	
○ " 1mg錠	1mg 1錠	向 6.50	
○ " 0.25mg錠	0.25mg 1錠	向 5.90	
○ カルボシステインシロップ5%「タカタ」	5% 1mL	2.60	気道粘液調整・粘膜正常化剤
○ " DS50%「タカタ」	50% 1g	9.40	
クロフィブラートカプセル250mg「ツルハラ」	250mg 1カプセル	8.70	高脂質血症用剤
コンスタン0.4mg錠	0.4mg 1錠	向 7.00	マイナートランキライザー
" 0.8mg錠	0.8mg 1錠	向 11.40	
スペリア錠200	200mg 1錠	10.10	気道分泌細胞正常化剤
" 内用液8%	8% 1mL	9.70	
単シロップ	10mL	7.20	矯味剤
ネキシウム懸濁用顆粒分包10mg	10mg 1包	71.80	プロトンポンプ・インヒビター
" 懸濁用顆粒分包20mg	20mg 1包	125.50	
" カプセル10mg	10mg 1カプセル	62.70	
" カプセル20mg	20mg 1カプセル	108.90	
ブスコパン錠10mg	10mg 1錠	6.10	鎮痙剤
プレドニゾン錠1mg「ファイザー」	1mg 1錠	8.30	合成副腎皮質ホルモン剤
" 錠5mg「ファイザー」	5mg 1錠	9.80	
○ ベボタスチンベシル酸塩10mg錠	10mg 1錠	10.10	選択的ヒスタミンH1受容体拮抗・アレルギー性疾患治療剤
マーズレンS配合顆粒	1g	12.80	胃炎・潰瘍治療剤
" 配合錠1.0ES	1錠	14.70	
" 配合錠0.5ES	1錠	9.20	
" 配合錠0.375ES	1錠	7.30	
リマチル錠50mg	50mg 1錠	劇 31.10	抗リウマチ剤
" 錠100mg	100mg 1錠	劇 45.80	
ルパフィン錠10mg	10mg 1錠	59.80	アレルギー性疾患治療剤
ロルカム錠2mg	2mg 1錠	劇 12.80	非ステロイド性消炎・鎮痛剤
" 錠4mg	4mg 1錠	劇 17.40	

(外用薬)

品名	規格・単位	薬価	備考
○ サレックス軟膏0.05%	0.05% 1g	劇 11.20	副腎皮質ホルモン外用剤
○ " クリーム0.05%	0.05% 1g	劇 11.20	
親水ワセリン「ホエイ」	10g	20.20	軟膏基剤
セルタッチパップ70	10cm×14cm 1枚	17.10	経皮鎮痛消炎剤
" テープ70	10cm×14cm 1枚	17.10	
" パップ140	20cm×14cm 1枚	25.80	
ヒルドイドソフト軟膏0.3%	1g	20.90	血行促進・皮膚保湿剤
" クリーム0.3%	1g	20.90	
" ローション0.3%	1g	20.90	
" フォーム0.3%	1g	21.00	
ロコイド軟膏0.1%	0.1% 1g	12.10	外用副腎皮質ホルモン剤
" クリーム0.1%	0.1% 1g	12.10	

レセプト作成問題

問 1－①

処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号						保 険 者 番 号		3	9	1	3	1	1	5	6
公費負担医療の 受給者番号						被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号		83153015							
患 者	氏 名	亀井 しづ子				保険医療機関の 所在地及び名称 鈴井病院									
	生年月日	明大 昭平 令	19年	7月	10日	男・女	電 話 番 号	皮膚科							
	区 分	被保険者		被扶養者		保 険 医 氏 名 畑 陽子 (印)									
		都道府県 番号	1	3	点数表 番号	1	医療機関 コード	〇	〇	×	△	△	×	×	
交付年月日		令和 3 年 11月 4日				処方箋の 使用期間		令和 年 月 日 (特に記載のある場合を除き、 交付の日を含めて4日以内に 保険薬局に提出すること)							
処 方	変更不可	〔 個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差し支えがあると判断した場合 合には、「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。〕													
		1) ベポタスチンベシル酸塩10mg錠 10mg 2T 分2 朝・夕食後 10日分 2) ルパフィン錠 10mg 1T 分1 就寝前 7日分 3) サレックスクリーム 0.05% 27 g 親水ワセリン「ホエイ」 27 g 混和 1日2回塗布 以下余白													
備 考	保険医署名〔「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載した場合は、 署名又は記名・押印すること。〕														
	高ー ※問2-②と同時受付 ※令和3年10月に処方箋による調剤実施														
	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「✓」又は「×」を記載すること。） □保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 □保険医療機関へ情報提供														
調剤済年月日		令和 3 年 11月 5日				公費負担者番号									
保険薬局の所 在地及び名称 保険薬剤師氏名		【施設基準届出】調剤基本料1 地域支援体制加算 (印)				公費負担医療 の受給者番号									
薬剤料	調剤 数量	薬剤料計	調剤料	加算	小計	薬学管理料	調剤基本料		合計点数						
							患者負担金		円						
							請求金額		円						

レセプト作成問題

問 1-②

処 方 箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号												保険者番号						39131156					
公費負担医療の 受給者番号												被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号						83153015					
患 者	氏名		亀井 しづ子						保険医療機関の 所在地及び名称														
	生年月日		明大昭和令 19年7月10日男(女)						電話番号														
	区分		(被保険者) 被扶養者						保険医氏名														
交付年月日						令和3年11月5日						処方箋の 使用期間						令和 年 月 日					
処 方	変更不可		〔個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更にしえがあると判断した場合〕 合には、「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。〕 1) 【般】 イトプリド塩酸塩 50mg 3T
<イトプリド塩酸塩錠50mg「サワイ」 50mg 3T> 分3 毎食前 14日分 2) クロフィブラートカプセル250mg「ツルハラ」 250mg 4C 分2 朝・夕食後 14日分 3) ネキシウムカプセル 10mg 2C 分2 朝・夕食後 14日分 4) コンスタン0.4mg錠 0.4mg 1T 5回分 不眠時就寝前屯用 以下余白																				
備 考	保険医署名〔「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載した場合は、 署名又は記名・押印すること。〕																						
	高一 ※問2-①と同時受付 ※令和3年10月に処方箋による調剤実施 ※1) は一般名による処方のため、患者が選択したく >内の後発医薬品で調剤																						
	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「✓」又は「×」を記載すること。） □保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 □保険医療機関へ情報提供																						
調剤済年月日			令和3年11月5日						公費負担者番号														
保険薬局の所 在地及び名称 保険薬剤師氏名			【施設基準届出】調剤基本料1 地域支援体制加算 (印)						公費負担医療 の受給者番号														
薬剤料	調剤 数量	薬剤料計	調剤料	加算	小計	薬学管理料	調剤基本料			合計点数													
										患者負担金			円										
										請求金額			円										

令和 3 年 11 月分

(a)	4	1 社 国	3 後 期	1 単 独	2 本 外	8 高 外 一
	調 剤	2 公 費	4 退 職	2 2 併 併	4 6 家 外	0 高 外 7
保険者 番 号						10 9 8 7 ()
被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号						

[illegible]

氏名	亀井 しづ子					特記事項	
	1男	2女	1男	2大	3階		4平
職務上の事由	1職務上 2下船後3月以内 3通勤災害						

[illegible]

保健所の地名	鈴井病院										保健医氏名	1. 畑 陽子	6.	受付 時間 数	保健所の地名	1										保健医氏名	1	1
保健所の地名											保健医氏名	2. 鈴木 達也	7.		保健所の地名											保健医氏名		2
保健所の地名											保健医氏名	3.	8.		保健所の地名											保健医氏名		3
保健所の地名											保健医氏名	4.	9.		保健所の地名											保健医氏名		4
保健所の地名											保健医氏名	5.	10.		保健所の地名											保健医氏名		5

医師 番号	処方月日	調剤月日	処	単位薬剤料	調剤 数量	調剤報酬点数			公費分点数
			方 医薬品名・規格・用量・剤形・用法			調剤料	薬剤料	加算料	
1	11・4	11・5	内服 ベポタスチンベシル酸塩 10 mg錠 10 mg 2 錠 分2 朝・夕 食後	2	10	⑥	20		
1	11・4	11・5	内服 ルパフィン錠 10 mg 1T 分1 就寝前						
1	11・4	11・5	外用 サイレックスクリーム 0.05% 27g 親水ワセリン「ホエイ」27g 分2 朝・夕 食後	36	1	10	36	④	
2	11・5	11・5	⑤	2	14	55	28		
2	11・5	11・5	内服 クロフィブラートカプセル 250 mg「ツルハラ」 250 mg 4T ネキシウムカプセル 10 mg 2C 分2 朝・夕食後	16	14	55	224		
2	11・5	11・5	屯服 コンスタン 0.4mg 錠 0.4 mg 5T 1回1錠 不眠時就寝前屯用					⑦	

摘要							高 級 研究費	円
							公費員 研究費	点
							公費員 研究費	点
							公費員 研究費	点
保 驗	請 求 点	決 定 点	一部負担金額 円	調査基本料 点	時間外等追加 点	薬学管理料 点		
	省略		減額 無(円)免除・支払額千	g		h		
公費①	点	点	円	点	点	点		
公費②	点	点	円	点	点	点		

1. ㉑枠内の記載で正しいものを選びなさい

A

	4 調 剤	1 社・国 2 公 費	③ 後 期 4 退 職	① 単 独 2 2 併 3 3 併	2 本 外 4 六 外 6 家 外	⑧ 高 外 一 0 高 外 7				
保 險 者 番 号	3	9	1	3	1	1	5	6	給 付 額 合 計	10 9 8 7 ()
被 保 険 者 証・被 保 険 者 手 帳 等 の 記 号・番 号		8 3 1 5 3 0 1 5								

B

	4 調 剤	1 社・国 2 公 費	③ 後 期 4 退 職	① 単 独 2 2 併 3 3 併	2 本 外 4 六 外 6 家 外	⑧ 高 外 一 0 高 外 7				
保 險 者 番 号	3	9	1	3	1	5	1	6	給 付 額 合 計	10 9 8 7 ()
被 保 険 者 証・被 保 険 者 手 帳 等 の 記 号・番 号		8 3 1 5 3 0 1 5								

C

	4 調 剤	1 社・国 2 公 費	③ 後 期 4 退 職	① 単 独 2 2 併 3 3 併	2 本 外 4 六 外 6 家 外	8 高 外 一 ① 高 外 7				
保 險 者 番 号	3	9	1	3	1	1	6	5	給 付 額 合 計	10 9 8 7 ()
被 保 険 者 証・被 保 険 者 手 帳 等 の 記 号・番 号		8 3 1 5 3 0 5 1								

D

	4 調 剤	1 社・国 2 公 費	③ 後 期 4 退 職	① 単 独 2 2 併 3 3 併	2 本 外 4 六 外 6 家 外	8 高 外 一 0 高 外 7				
保 險 者 番 号	3	9	1	3	1	1	5	6	給 付 額 合 計	10 9 ⑧ 7 ()
被 保 険 者 証・被 保 険 者 手 帳 等 の 記 号・番 号		8 3 1 5 3 0 1 5								

2. ㉒枠の記載で正しいものを選びなさい

A 0 B 1 0 C 2 8 D 5 5

3. ㉓枠の記載で正しいものを選びなさい

A

6	7	28	42	

B

7	7	28	49	

C

6	7	55	42	

D

7	7	55	49	

4. ㉔枠の記載で正しいものを選びなさい

A 空白 B 計 8 0 C 自 9 0

5. ㉔枠の記載で正しいものを選びなさい

- A 内服
イトプリド塩酸塩錠 50 mg 「サワイ」 50 mg 3T
分3 毎食後
- B 内服
イトプリド塩酸塩錠 50 mg 3T
分3 毎食後
- C 内服
イトプリド塩酸塩錠 50 mg 3T
<イトプリド塩酸塩錠 50 mg 「サワイ」 50 mg 3T>
分3 毎食後

6. ㉕枠の記載で正しいものを選びなさい

- A
- | | | | | |
|---|---|----|---|--|
| 1 | 5 | 21 | 5 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
- B
- | | | | | |
|---|---|----|---|-----|
| 3 | 1 | 21 | 3 | 向 8 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
- C
- | | | | | |
|---|---|----|---|-----|
| 4 | 1 | 21 | 4 | 向 8 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
- D
- | | | | | |
|---|---|----|---|-----|
| 6 | 1 | 21 | 6 | 向 8 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

7. ㉖枠の記載で正しいものを選びなさい

- A 基 A 3 8
- B 基 A 地支 4 2
- C 基 A 地支 8 0
- D 基 A 地支 1 2 2

8. ㉗枠の記載で正しいものを選びなさい

- A
- | | | |
|-----|---------|---|
| 薬 A | 薬学管理料 1 | 点 |
| 43 | | |
- B
- | | | |
|-----|---------|---|
| 薬 A | 薬学管理料 1 | 点 |
| 86 | | |
- C
- | | | |
|-----|---------|---|
| 薬 A | 薬学管理料 2 | 点 |
| 43 | | |

レセプト作成問題

問 2-①

処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号						保 険 者 番 号		0	6	2	3	1	5	4	2		
公 費 負 担 医 療 の 受 給 者 番 号						被 保 険 者 証 ・ 被 保 険 者 手 帳 の 記 号 ・ 番 号		18・6731									
患 者	氏 名	高 梨 聖 弥				保険医療機関の 所在地及び名称 松原クリニック											
	生年月日	明大 昭平 令	49 年	5 月	8 日	男	女	電 話 番 号									
	区 分	被保険者		被扶養者			保 険 医 氏 名 松 原 智 之 印										
交付年月日		令和 3 年 11 月 4 日				処 方 箋 の 使 用 期 間		令和 年 月 日 (特に記載のある場合を除き、 交付の日を含めて4日以内に 保険薬局に提出すること)									
処 方	変更不可	〔 個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更にし支えがあると判断した場 合には、「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。〕															
		1) プレドニゾロン錠1mg「ファイザー」 1 mg 2T 分2 朝・夕食後 3日分 2) リマチル錠 100mg 3T ロルカム錠 4 mg 3T 分3 毎食後 5日分 3) マーズレンS配合顆粒 1.5 分3 毎食後 7日分 4) エチゾラム0.5mg錠 0.5mg 3T 分3 毎食後 7日分 上記一包化 5) ブスコパン錠 10mg 2T 5回分 胃痛時屯用 以下余白															
備 考	保険医署名	〔「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載した場合は、 署名又は記名・押印すること。〕															
		※前回令和3年5月に処方箋による調剤実施 ※特に安全管理が必要な精神神経用剤（エチゾラム0.5mg錠）について薬学的管理と指導を実施															
		保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「✓」又は「×」を記載すること。） □保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 □保険医療機関へ情報提供															
調剤済年月日		令和 3 年 11 月 4 日				公費負担者番号											
保険薬局の所 在地及び名称 保険薬剤師氏名		【施設基準届出】調剤基本料2 後発医薬品調剤体制加算1 印				公 費 負 担 医 療 の 受 給 者 番 号											
薬剤料	調 剤 数 量	薬剤料計	調 剤 料	加 算	小 計	薬学管理料	調 剤 基 本 料		合 計 点 数								
							患者負担金		円								
							請求金額		円								

レセプト作成問題

問 2-②

方 笺

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号								保 険 者 番 号				0 6 2 3 1 5 4 2					
公費負担医療の 受給者番号								被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号				18・6731					
患 者	氏 名		高 梨 聖 弥				保険医療機関の 所在地及び名称 松原クリニック										
	生年月日		明大 昭平 令 49 年 5 月 8 日		男 女		電 話 番 号										
	区 分		被保険者		被扶養者		保 険 医 氏 名 松原 智之 印										
						都道府県 番号		2 3		点数表 番号		1		医療機関 コード		〇 〇 × × △ △ △	
交付年月日		令和 3 年 11 月 8 日				処 方 箋 の 使 用 期 間		令和 年 月 日 特に記載のある場合を除き、 交付の日を含めて4日以内に 保険薬局に提出すること									
処 方	変更不可		〔 個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差し支えがあると判断した場合〕 合には、「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。〕														
			1) プレドニゾロン錠1mg「ファイザー」 1 mg 2T 分2 朝・夕食後 5日分														
			2) リマチル錠 100mg 3T ロルカム錠 4 mg 3T 分3 毎食後 14日分														
			3) マーズレンS配合顆粒 1.5 分3 毎食後 7日分														
			4) エチゾラム0.5mg錠 0.5mg 3T 分3 毎食後 7日分 上記一包化														
			5) セルタッチテープ ⁷⁰ 10cm×14cm 14枚 1日2枚 7日分 以下余白														
備 考	保険医署名〔「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載した場合は、 署名又は記名・押印すること。〕																
	※特に安全管理が必要な精神神経用剤（エチゾラム0.5mg錠）について薬学的管理と指導を実施																
	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「✓」又は「×」を記載すること。） □保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 □保険医療機関へ情報提供																
調剤済年月日		令和 3 年 11 月 8 日				公費負担者番号											
保険薬局の所 在地及び名称 保険薬剤師氏名		【施設基準届出】調剤基本料2 後発医薬品調剤体制加算1 印				公費負担医療 の受給者番号											
薬剤料	調剤 数量	薬剤料計	調剤料	加算	小計	薬学管理料	調剤基本料				合計点数						
							患者負担金				円						
							請求金額				円						

令和 3 年 11 月分

4	1 社・国	3 後期	1 単独	2 本外	8 高外一
調剤	2 公費	4 退職	2 2 併	4 六外	0 高外7
			3 3 併	6 家外	

[illegible]

保险老 番 号	0	6	2	3	1	5	4	2	特 别 注 意	10 9 8 7 ()
------------	---	---	---	---	---	---	---	---	------------------	-----------------

被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号	18・6731
-------------------------	---------

氏 名	高梨 聖弥										特 記 事 項
	(男)	2女	1男	2大	3昭	4平	5令	.	.	生	
職務上の事由		1職務上		2下船後3月以内		3通勤災害					

受験番号	F																		
氏 名																			

保険の地名	保険在び	松原クリニック										保険医氏名	1. 松原 智之	6.	a	保険受給者氏名	
都道府県番号	2	3	点検表番号	1	医療機関コード	○	○	×	×	△	△	△	2.	7.		保険①	
													3.	8.		保険②	
													4.	9.		保険③	
													5.	10.		保険④	

[illegible]

摘要							高価 標準費	円
							公費 負担額	点
							公費 負担額	点
							公費 負担額	点
保険	請求点	決定点	一部負担金額	調剤基本料	時間外等加算	薬学管理料		
				⑧		⑨		
公費①	点	点	円	点	点	点		
公費②	点	点	円	点	点	点		

1. ㉑枠内の記載で正しいものを選びなさい

A 1 B 2 C 3

2. ㉒枠の記載で正しいものを選びなさい

A 1 4 B 2 8 C 2 8
2 8

3. ㉓枠の記載で正しいものを選びなさい

A 3 4 B 包 3 4 C 包 3 4
包

4. ㉔枠の記載で正しいものを選びなさい

A	<table><tr><td rowspan="4">4</td><td>7</td><td>28</td><td>28</td></tr><tr><td>7</td><td>28</td><td>28</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	4	7	28	28	7	28	28							B	<table><tr><td rowspan="4">4</td><td>7</td><td>28</td><td></td></tr><tr><td>7</td><td></td><td>56</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	4	7	28		7		56						
4	7		28	28																									
	7		28	28																									
4	7	28																											
	7		56																										
C	<table><tr><td rowspan="4">4</td><td>7</td><td>28</td><td>28</td></tr><tr><td>7</td><td>0</td><td>28</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	4	7	28	28	7	0	28							D	<table><tr><td rowspan="4">4</td><td>14</td><td>28</td><td>56</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	4	14	28	56									
4	7		28	28																									
	7		0	28																									
4	14	28	56																										

5. ㉕枠の記載で正しいものを選びなさい

- A 外用
セルタッチテープ 70 14 枚
- B 外用
セルタッチテープ 70 10 cm×14 cm 14 枚
- C 外用
セルタッチテープ 70 10 cm×14 cm 14 枚
1 日 2 枚
- D 外用
セルタッチパップ 70 10 cm×14 cm 14 枚
1 日 2 枚

6. ㊦枠の記載で正しいものを選びなさい

A

2	14	28	28

B

2	14	10	28

C

24	1	10	24

7. ㊧枠の記載で正しいものを選びなさい

A 基 B 後 A

4 1

B 基 B 後 A

8 2

C 基 A 後 A

1 1 4

8. ㊨枠の記載で正しいものを選びなさい

A

薬学管理料				点
薬 C	1	特管 A	1	
67				

B

薬学管理料				点
薬 A	1	特管 A	1	
63				

C

薬学管理料				点
薬 C	1	薬 A	1	特管 A 2
120				

D

薬学管理料				点
薬 C	1	薬 A	1	
100				