

## 附件一：處方箋必要標示內容

特約醫院診所服務機構代號及名稱				
-----------------	--	--	--	--

一般處方箋		連續處方箋		健保卡就醫序號	
姓 名		身份證字號		出生日期	年 月 日
兒童身高*		兒童體重*		性 別	
就醫科別		國際疾病分類碼			
就醫日期	年 月 日	傷病名稱或主要症候			

健保藥品代碼	藥品名稱與規格 (含商品名、劑型)	成分名 (包括單位含量)	用法 (含用藥途徑、劑量、頻次)	給藥 天數	總數量	特別指示
N001633100	AMPOLIN CAPSULES	AMPICILLIN 250 MG	PO 1#Qid	2	8#	特殊用法，或特別注意事項，無法直接從「用法」項目指示時，才填寫此欄。
A037344100	BOKEY ENTERIC-MICROENCAPSULATED CAPSULES 100MG (ASPIRIN)	ASPIRIN 100 MG	PO 1#Qd	28	28#	
A019251100	NEO-ANTIHISTAMINE TABLETS (CHLORPHENIRAMINE) "J.H."	CHLORPHENIRAMINE MAL 4 MG	PO 1#Qid	3	12#	
A018063321	TOPSYM CREAM 5 GM (FLUOCINONIDE)	FLUOCINONIDE 0.5 MG/GM	EXT Tid	7	1 條	

診治醫師簽章：  電話：  傳真：	處方醫院診所核章	特約藥局核章 (服務機構代號、名稱、地址)	慢性病連續處方箋專用，本處方箋共可調劑 次
		調劑藥師(生)簽章：  日期：	調劑序號
			調劑序號

備註：1..本表建議大小為 A4 全張至 1/4 張。

2. 健保局早於 94 年 7 月 19 日發佈健保醫字第 0940059768 號一文就公布了處方箋「參考」格式。

醫改會建議應增列 \* 兒童身高、體重，前述資料加上年齡，都是換算兒童用藥劑量不可少的資訊。另外也應增列健保藥品代碼、以利藥物查詢核對。