

夜間オンライン診療について

概要

開始時期: 2025年7月1日19時～

対応時間: 全日 19時～翌8時

対象 : 秩父地域1市4町(秩父市・横瀬町・皆野町・長瀬町・小鹿野町)在住の方

処方箋送付について

処方箋FAXは、患者さまがご指定された調剤薬局様へ診察終了後自動で送信されます。
夜間の診療のため、営業時間外に処方箋が送られる場合がございます。
営業時間になりましたら、ご対応をお願いいたします。

送付元 : 医療法人社団会 新拓会 新宿ホームクリニック

送付方法: FAX 番号 : 03-6701-2744

備考 : オンライン診療のため、お送りした処方箋には医師の捺印がございません。
1週間程度で医師捺印済の処方箋を郵送いたします。

実際に患者さまには以下の通り案内しています↓

【薬局受け取りの場合】

診察後、1時間以内に薬局へ処方箋がFaxで送付されます。

送付完了のSMS通知がくるまでお待ちください。

送付完了の通知を受け取った後は、薬局に調剤状況をお電話にてご確認の上で受け取りに行かれると安心です。

※薬局よりFaxが届いていないと言われた場合は、お手数ですがカスタマーサポート（0120-409-226）へお問い合わせください

疑義照会について

医療法人社団会 新拓会 新宿ホームクリニック宛にご連絡をお願いいたします。

番号 : 050-3188-3954

対応時間: 24時間365日 ※夜間は回答にお時間をいただく場合がございます

その他

・電子処方箋の対応について

現状電子処方箋の対応は行っておりません。将来的には対応予定ですので、具体的な導入時期が判明次第、共有させていただきます。

・小児患者の体重について

小児患者の場合は、処方箋の備考欄に体重を記載しております。

よく出る薬リスト

- トランサミン錠250mg
- アセトアミノフェン錠500mg「マルイシ」
- メジコン錠15mg
- カルボシステイン錠500mg「JG」
- レバミピド錠100mg「オーツカ」
- ミヤBM錠
- ロキソプロフェンNa錠60mg「武田テバ」
- カルボシステインDS50%
- フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「SANIK」
- アセトアミノフェンDS小児用20%
- SPTローチ0.25mg「明治」
- メトクロプラミド錠5mg「テバ」
- サワシリン錠250mg
- ビラノア錠20mg
- ザイザル錠5mg
- ビオフェルミン配合散
- アスベリンDS2%
- イナビル吸入粉末剤20mg
- タミフルカプセル75mg
- アセトアミノフェン錠300mg「マルイシ」
- メジコン散10%

参考資料

別紙1: 処方箋送信表紙 別紙2: 処方箋

【処方箋送信表紙】

※※このFAXは患者さまがご指定された調剤薬局様へ自動で送信されています※※

調剤薬局 ご担当者様

「ファストドクター」を通じ、オンライン診療を受けた患者さまより、処方薬の受け取り希望がございました。患者さまが直接ご来局されます。
FAXした処方せんの調剤をお願いいたします。

【お渡しまでの流れ】

①処方せんの受信

- ・24時間診療のため、営業時間外に処方せんが送られる場合がございます。
営業時間になりましたら、ご対応をお願いいたします。
- ・オンライン診療のため、お送りした処方せんには、医師の捺印がございません。
★★★医師捺印済みの処方せん原本は1週間程度で郵送いたします。★★★

②患者さまへのご連絡

- ・患者さまへ受け取りに関するご連絡をお願いいたします。
ご連絡先は、添付の処方せん備考欄をご参照ください。

③調剤

- ・各Rpの（）内に記載のある指示については、患者様が了承された場合、疑義照会せず代替調剤が可能です。
- ・不足薬につきましては、疑義照会にて類似薬をご提案ください。

④受け取り

- ・患者さまが直接受け取りに来局されます。
- ・病院と医療証発行の都道府県が異なる場合、診療費は主保険のみで算定しています。
薬局で公費負担とする場合は、患者さまに医療証の現物をご確認ください。

FAX番号：03-6701-2744（服薬情報提供書、トレーシングレポート等）

【処方箋】

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			
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			
患 者	氏名			保 険 医 療 機 関 の 所 在 地			
				東京都新宿区内藤町1-110 ガーデンクロス1階			
	生年月日			及 び 名 称		医療法人社団 新拓会 新宿ホームクリニック	
		区 分	被扶養者		電 話 番 号 (F A X)		050-3188-3954 (03-6701-2744)
交付年月日				保 険 医 氏 名		⑧	
				都道府 県 番号	13	点数表 番号	1
				医療機 関 コード		5723044	

処方箋の使用期限	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 (医療上必要)	〔 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・押印する事。 〕
		1. 【般】デキストロメトルフアン臭化水素酸塩錠15mg 3錠/日 3分 x 5日分 朝昼夕食後 () 2. 【般】アセトアミノフェン錠500mg 1錠/回 10回分 38℃以上の発熱時/疼痛時、6時間あけて 1日3回まで () 3. 【般】カルボシステイン錠500mg 3錠/日 3分 x 5日分 朝昼夕食後 () 以下余白

リフィル可 ☐ (回)

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。]	情報通信 オンライン対応
	患者電話番号: 患者住所: 〒 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	

調剤実施回数(調剤回数に応じて、 ☐ に「✓」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。) ☐ 1回目調剤日(年 月 日) ☐ 2回目調剤日(年 月 日) ☐ 3回目調剤日(年 月 日) 次回調剤予定日(年 月 日) 次回調剤予定日(年 月 日)	
---	--

調剤済年月日	令和 年 月 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	⑧	公費負担医療の 受給者番号	
※疑義照会により薬剤変更が発生した場合の 原本の再発行は対応していません。			