様式 1－①　　医療機関別取扱処方箋数〈眼科，耳鼻咽喉科，歯科を除く〉

薬局名：　　（令和７年実績）

枚数の多い３医療機関については，名称を記入してください。　　（単位：枚）

医療機関名	市町村	１月	２月	３月	４月	５月	６月	７月	８月	９月	10月	11月	12月	計
①														
②														
③														
④その他合計														
計														A

様式 1－②　　医療機関別取扱処方箋数〈眼科，耳鼻咽喉科〉

①														
②														
③														
④その他合計														
計														B

様式 1－③　　医療機関別取扱処方箋数〈歯科〉

薬局名：　　（令和7年実績）

枚数の多い3医療機関については，名称を記入してください。　　（単位：枚）

医療機関名	市町村	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	計
①														
②														
③														
④ その他合計														
計														C