

処方せん

処方箋番号: 8051

0009900020

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です)

公費負担者番号		保険者番号 01	
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	テスト フチハ 加ウ テスト 洲野辺太郎	様
	生年月日	昭和26年 7月 15日	男
	区分	被扶養者	
交付年月日		令和 7年 2月 3日	
		都道府県 番 号 14	点数表 番 号 1
		医療機関 コード 2600385	
		処方せんの使用期間 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			
変更不可 (医療上必要)	患者希望	個々の処方箋について、医療上の必要性があるため、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「レ」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。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合に は、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。	
処方	×	01)	【般】ロキソプロフェンNa錠60mg 3錠 [用法] 1日3回 毎食後
		02)	【般】ファモチジン口腔内崩壊錠10mg 2錠 [用法] 1日2回 朝・夕食後
		03)	オバルモン錠5μg 1錠 後発品変更不可(医療上必要) [用法] 1日1回 夕食後 ---- 以下余白 ----
		リフィル可 <input type="checkbox"/> (回)	
備考	「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。		
	保険医署名	テスト 医師	
		高一	
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には「レ」又は「×」を記載すること。） <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 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「レ」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	公費負担者番号		
保険薬局の所在地及び名称	公費負担医療の受給者番号		
保険薬剤師氏名	印		

7日分
サンプル
7日分
7日分

患者さんへ

1. 処方せんを受け取りましたら、お名前をご確認ください。
2. この院外処方せんの有効期間は、特に記載がある場合を除き交付日を含め「4日以内」です。
3. 事前に「処方せん」をFAXで送った場合でも、保険薬局でのお薬の受け取りには、「処方せん」が必要です。
4. 後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更をご希望の場合は各保険薬局にてご相談ください。
(医師の指示により変更できない場合もありますのでご了承ください)

全てのコードを読み込んで下さい。



※病院領収印のないものは無効です。

洲野辺総合病院

