

処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)



『かかりつけ薬局を持ちましょう』

『かかりつけ薬局』とは、薬に関するあらゆる相談に応じ、
情報提供する調剤薬局の事です

- 薬の重複、飲み合わせによる副作用を未然に防げます
 - 薬についての詳しい説明が受けられます
 - ジェネリック医薬品（後発医薬品）への切替相談もいたします
- 『かかりつけ薬局』は薬の面からあなたの健康管理をサポートする薬局です

- 切り離し無効
- ①処方箋はファイルから出さず、計算窓口に提出してください
 - ②精算後処方箋を受け取り、ファックスコーナーに提出してください

処方箋の有効期限は、4日以内です



公費負担者番号 又は市町村番号		保険者番号	3	2	1	4	0	4	1	0
公費負担医療又は老人医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	02-鎌・2019							
氏名	テスト 99993037		99993037-23 (男)		保険医療機関の所在地及び名称 沖縄県名護市大中二丁目12番3号					
名	テスト 99993037		(女)		所在地及び名称 沖縄県立北部病院					
昭和 30年 9月 19日生					電話番号 0980-52-2719					
区分	被保険者	被扶養者	3割		保険医氏名 S S I C A (印)					
交付年月日	令和 2年 1月 15日		処方箋の使用期間		令和 2年 1月 18日					
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）への変更を差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」または「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。									
処方	01	【般】アムロジピン口腔内崩壊錠5mg	g	1回	1錠 (1日 1錠)					
					30日分					
	02	【般】ミカソリンCa口腔内崩壊錠	10mg	1回	1錠 (1日 3錠)					
					30日分					
	03	【般】ファミジン口腔内崩壊錠10mg	g	1回	1錠 (1日 2錠)					
					30日分					
	04	【般】リトモン酸Na水和物錠75mg		1回	1錠 (1日 1錠)					
					1日分					
					月1回 起床時					
					--- 次頁あり ---					
備考	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。） <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									
	変更不可欄に「✓」又は「×」を記載した場合、以下に署名又は記名・押印すること。									
	保険医署名 (印)									
	患者住所									
	岸和田市南町〇×〇×町1丁目2番地3号									
	麻薬施用者免許番号 12345678									
調剤済年月日	令和 年 月 日		公費負担者番号							
保険薬局の所在地名称			公費負担医療の受給者番号							
保険薬剤師氏名	(印)									

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)



『かかりつけ薬局を持ちましょう』

『かかりつけ薬局』とは、薬に関するあらゆる相談に応じ、
情報提供する調剤薬局の事です

- 薬の重複、飲み合わせによる副作用を未然に防げます
 - 薬についての詳しい説明が受けられます
 - ジェネリック医薬品（後発医薬品）への切替相談もいたします
- 『かかりつけ薬局』は薬の面からあなたの健康管理をサポートする薬局です

- 切り離し無効
- ①処方箋はファイルから出さず、計算窓口に提出してください
 - ②精算後処方箋を受け取り、ファックスコーナーに提出してください

処方箋の有効期限は、4日以内です



公費負担者番号 又は市町村番号		保険者番号	3	2	1	4	0	4	1	0
公費負担医療又は老人医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	02-鎌・2019							

氏名	テスト 99993037	99993037-23	(男)	保険医療機関の所在地及び名称	沖縄県名護市大中二丁目12番3号
名	テスト 99993037		(女)	所在地及び名称	沖縄県立北部病院
	昭和 30年	9月	19日生	電話番号	0980-52-2719
				保険医氏名	SSI CA (印)

区分	被保険者	被扶養者	3	割	都道府県番号	4	7	点数番号	1	医療機関コード	8	1	1	0	1	5	0
----	------	------	---	---	--------	---	---	------	---	---------	---	---	---	---	---	---	---

交付年月日	令和 2年 1月 15日	処方箋の使用期間	令和 2年 1月 18日
特に記載のある場合を除き、交付の日付を含め4日以内に保険薬局に提出してください。			

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）への変更を差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」または「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。		
処方	05	【般】硝酸イソルビドテープ 40mg/ 枚 外) 1日1回 胸部に貼付	7枚
	06	【般】ベタメタゾン・ゲンタマイシン配合 軟膏0.12% 外) 1日2回 湿疹部に適量塗布	15g
方	07	【般】オキシトニン徐放錠5mg 1日2回12時間間隔（朝・夕） — — — 次頁あり — — —	1回 1錠（1日 2錠） 7日分

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

備考	変更不可欄に「✓」又は「×」を記載した場合、以下に署名又は記名・押印すること。
	保険医署名 (印)
	患者住所 岸和田市南町〇×〇×町1丁目2番地3号
	麻薬施用者 免許番号 12345678

調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号					
--------	----------	---------	--	--	--	--	--

保険薬局の所在地名称		公費負担医療の受給者番号					
------------	--	--------------	--	--	--	--	--

保険薬剤師氏名	(印)
---------	-----

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)



『かかりつけ薬局を持ちましょう』

『かかりつけ薬局』とは、薬に関するあらゆる相談に応じ、情報提供する調剤薬局の事です

- 薬の重複、飲み合わせによる副作用を未然に防げます
 - 薬についての詳しい説明が受けられます
 - ジェネリック医薬品（後発医薬品）への切替相談もいたします
- 『かかりつけ薬局』は薬の面からあなたの健康管理をサポートする薬局です

- 切り離し無効
- ①処方箋はファイルから出さず、計算窓口に提出してください
 - ②精算後処方箋を受け取り、ファックスコーナーに提出してください

処方箋の有効期限は、4日以内です

公費負担者番号 又は市町村番号		保険者番号	3	2	1	4	0	4	1	0
公費負担医療又は老人医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	02-鎌・2019							

氏名	テスト 99993037 99993037-23 (男)	保険医療機関の所在地及び名称	沖縄県名護市大中二丁目12番3号		
	テスト 99993037	所在地及び名称	沖縄県立北部病院		
	昭和 30年 9月 19日生	電話番号	0980-52-2719		
	女	保険医氏名	SSI CA (印)		

区分	被保険者	被扶養者	3	割	都道府県番号	4	7	医療機関番号	1	医療機関コード	8	1	1	0	1	5	0
----	------	------	---	---	--------	---	---	--------	---	---------	---	---	---	---	---	---	---

交付年月日	令和 2年 1月 15日	処方箋の使用期間	令和 2年 1月 18日
特に記載のある場合を除き、交付の日付を含め4日以内に保険薬局に提出してください。			

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）への変更し差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」または「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。		
08	キナーM散2.5mg	1回	1包
	疼痛時		10回分
09	【般】アセトアミノフェン錠200mg	1回	3錠 (1日 9錠)
	1日3回朝昼夕食前		
	20日から内服		
			7日分
	--- 以下余白 ---		

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

備考	変更不可欄に「✓」又は「×」を記載した場合、以下に署名又は記名・押印すること。
	保険医署名 (印)
	患者住所 岸和田市南町〇×〇×町1丁目2番地3号
	麻薬施用者免許番号 12345678

調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号				
保険薬局の所在地名称		公費負担医療の受給者番号				
保険薬剤師氏名	(印)					