9000017	(この処力箋は、この保険架同じも有効じり。)
公費負担者番号	
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 氏 名	テスト イナミ 保険医療機関兵庫県たつの市揖西町南山2丁目111
10 IA 11	テスト イナミ
生年月日	昭和48年 4月28日 女 電 話 番 号 0791-66-1199
区 分	被保険者
交付年月日	行和 7年 4月 2日
処 方 箋 の	
変更不可 (医療上必要) 患者希望	【個々の処方薬について、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「ソ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又採記名・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。
	1) 【般】アムロジピン錠10mg 2 錠
	【1日2回朝夕食後】 (10日分)
処	NTAA
	以下余白
方	
	<u> </u>
備保険医署名	, (「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載した) 1 (場合は、署名又は記名・押印すること。
	· V物口的、有有人的配有 JTH 7 WCC。
	引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「 M 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
副削美施四数(記□】 □1回目調剤	周剤回数に応じて、□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。) 3(年 月 日) □2回目調剤日(年 月 日) □3回目調剤日(年 月 日)
次回調剤予算	定日(年 月 日) 次回調剤予定日(年 月 日)
調剤済年月日	
保険薬局の び	公費負担医療の 受 給 者 番 号
(所名保氏)が 師	
比 名	<u>(B)</u> (A) (A) (B) (A) (A) (B) (A) (A) (A) (A) (A) (A) (A) (A) (A) (A
408子を超る	る 二版 石 M) を 記載 し だ 場合。 し ド コー ト に は 、 「同 た 30 (10) 20 (10)

4 U X 子を超える一般名称を記載した場合、Q R コードには 4 0 文字までを記録し、4 1 文字以降を切り捨てて記録しています。