

処方箋

00001323

(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		(枝番)																			
患 者	氏 名	テスト テスト										保 険 医 療 機 関 福岡市東区香椎照葉2丁目2-7 の 所 在 地 及 び 名 称 医療法人 吉松会 照葉浅部クリニック																			
	生 年 月 日	昭和64年 1月 1日								男		電 話 番 号 092-202-2000																			
	区 分	被保険者						割合		10割		保 険 医 氏 名 浅部 浩史 (印)																			
交 付 年 月 日		令和 7年 4月 2日																		都道府県		40		点数表		1		医療機関		0214155	
処方箋の 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。																													
処 方	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「✓」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「✓」又は「×」を記載すること。〕																														
	1) 【般】アムロジピン錠 2. 5 m g 2 錠 【2×朝・夕食後】 (10日分) 以下余白 リフィル可 <input type="checkbox"/> (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。)																														
	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																														
調剤実施回数 (調剤回数に応じて、 <input type="checkbox"/> 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。) <input type="checkbox"/> 1回目調剤日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回目調剤日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 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 保 険 薬 剤 師 氏 名												公費負担医療の 受 給 者 番 号																			

40文字を超える一般名称を記載した場合、QRコードには40文字までを記録し、41文字以降を切り捨てて記録しています。

