

処方箋

1/ 1

00000000

(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 カンジャ テスト 患者										保 険 医 療 機 関 神奈川県平塚市四之宮5-20-4 の 所 在 地 及 び 名 称 メモリーケアクリニック湘南															
	生 年 月 日	昭和50年 1月 1日								男		電 話 番 号 0463-51-1102															
	区 分	被保険者						割合 10割		保 険 医 氏 名 内門 大丈 (印)																	
交 付 年 月 日		令和 7年 4月 2日																		都道府県 番号 14		点数表 番号 1		医療機関 コード 2003598			
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 (取替上必要)	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 10mg 3 錠 【1日3回毎食後】 以下余白 非字非母==目==((====目)																										
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。) □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																										
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 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 (印)										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。

