処 方 箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

999	9999	
公	費負担者番号	保険者番号
公受	費負担医療の 給 者 番 号	被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号
	氏 名	テスト ソケン 保険 医療機関 沖縄県読谷村字波平2459
患	1	テスト ソケン の 所 在 地 及 び 名 称 医療法人 そけん小児科
	生年月日	平成22年 1月 1日 男 電 話 番 号 098-958-1544
者	区 分	被保険者 割 保険医氏名祖堅 尚 ④
	付年月日	都道府県 4 7 点数表 1 医療機関 2 2 1 1 2 2 8
処使	方箋の間	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	個本の処方薬について、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「イノフは「メ」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「ソーフは「メ」を記載すること。
		1) 【般】アムロジピン錠10mg 3 錠
		【1日3回毎食後に】 (10日分)
処		 以下余白
1		N I W I
方		
		
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。
考		
		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「 Y 又は「X」を記載すること。)
1		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 引剤回数に応じて、□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	日(年 月 日) □2回目調剤日(年 月 日) □3回目調剤日(年 月 日)
≠m≠	次回調剤予算	
	剤済年月日 険 薬 局 の	令和 年 月 日 公費負担者番号 公費負担医療の
	た 薬剤師	受給者番号
保所名保氏	険 薬 剤 師 名	(B)