

001701

(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				3		6		0		0		4		0				
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		阿南 6 0 ・ 0 1 8 - 9 8 0 (枝番)																
患 者	氏 名	テストカンジャ テスト患者								保 険 医 療 機 関 の 及 び 名 称		阿南市西路見町元村 2 8 番地 1 医療法人妙泉会 阿南いしばし医院																
	生 年 月 日	昭和 3 6 年 1 0 月 2 9 日						性 別		電 話 番 号		0884-22-1484																
	区 分	被保険者						割 合		保 険 医 氏 名		日 医 太 郎 (印)																
交 付 年 月 日	令和 7 年 4 月 2 日						都道府県 番号		36		点数表 番号		1		医療機関 コード		0413373											

令和 年 月 日	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「し」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「し」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】 <div style="text-align:center; margin-top: 80px;">以下余白</div>
処方			

備	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。

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。）
☐ 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）	

[illegible]

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。

