

(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		39013990						(枝番)					
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		17727314											
患 者	氏 名	カサイ サツコ 葛西 さつ子								保 険 医 療 機 関 北 海 道 虻 田 郡 京 極 町 字 京 極 3 1 6 番 地 の 所 在 地 及 び 名 称 ひ ま わ り ク リ ニ ッ ク き ょ う ご く													
	生 年 月 日	昭和 1 0 年 2 月 9 日						女		電 話 番 号 0136-42-2161													
	区 分	被保険者						割 合		保 険 医 氏 名 徳 沢 浩 ㊤													
交 付 年 月 日		令和 7 年 6 月 1 3 日								都道府県		01		点数表		1		医療機関		2210943			
処方箋の期間		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) モビコール配合内用剤LD 6 . 8 5 2 3 g										2				包						
			【（内服）分1、夕食後服用】																				
			120mlの水分と																(7 日分)				
			2) グーフィス錠5mg										2				錠						
		【（内服）分1、朝食前服用】																					
		【上記、一包化】																(7 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。〕								(高9)														
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、□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の氏名										公費負担医療の受給者番号													
㊤																							