

処方箋

0000180

(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		0 6 1 3 8 3 4 1											
公費負担医療の受給者番号		2 3 4 3 0 7 2 4 0 7								被保険者証・被保険者手帳の記号・番号		7 4 8 ・ 6 0 2 5 (枝番) 8 4											
患者	氏 名	ミヤノ ガク 宮野 岳								保 険 医 療 機 関 沖 縄 県 読 谷 村 字 波 平 2 4 5 9 の 所 在 地 及 び 名 称 医 療 法 人 そ け ん 小 児 科													
	生 年 月 日	令 和 6 年 9 月 2 1 日								男		電 話 番 号 098-958-1544											
	区 分	被扶養者								割合		保 険 医 氏 名 祖 堅 尚 (印)											
交 付 年 月 日		令 和 7 年 4 月 2 5 日								都 道 府 県 番 号 4 7 点 数 表 番 号 1 医 療 機 関 コー ド 2 2 1 1 2 2 8													
処方箋の有效期間		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】 ブランルカストシロップ用 1 0 % 0 . 6 g ( 7 日分 ) 【 1 日 2 回 朝 夕 食 後 に 】  2) ベネトリンシロップ 0 . 0 4 % 6 m L 【 般 】 カルボシステインシロップ 5 % 5 m L 【 般 】 アンプロキシソール塩酸塩シロップ 0 . 3 % 2 . 5 m L 【 1 日 3 回 毎 食 後 に 】 ( 7 日 分 )  以下余白  リフィル可 □ ( 回 )																						
備考	備 保険医署名 ( 「変更不可」欄に「√」又は「×」を記載した場合、署名又は記名・押印すること。 ) ( 6 歳 )																						
	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 )																							
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 (印)										公費負担医療の受給者番号													

4 0 文字を超える一般名称を記載した場合、QRコードには 4 0 文字までを記録し、4 1 文字以降を切り捨てて記録しています。