

処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

00001

公費負担者番号										保 険 者 番 号		0	1	1	3	0	0	1	2						
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		6 3 2 2 0 9 4 3 ・ 2 (枝番)													
患者	患 氏 名	マツムラ タカヨ 松村 貴代								保 険 医 療 機 関 埼 玉 県 さいたま市西区西大宮 1 - 1 0 - 1 8 の 所 在 地 及 び 名 称 西大宮整形外科くれクリニック															
	生 年 月 日	昭和 4 3 年 1 0 月 1 2 日								女		電 話 番 号 048-783-5811													
	区 分	被保険者						割合		保 険 医 氏 名 呉 英樹 (印)															
交 付 年 月 日		令和 7 年 4 月 2 日								都道府県 1 1 点数表 1 医療機関 6 5 0 8 3 2 9 番号 番号 コード															
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 (取壊上必要)	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 1 0 m g 3 錠 【1 日 3 回毎食後】 (1 0 日分) 以下余白 リフィル可 □ (回)																							
	考	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。)																							
	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															

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。

