

処方箋

Page:1
内科

(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 又は市町村番号		保険者番号	3	2	1	4	0	4	1	0
公費負担医療又は老人医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	02-鎌・2019							

氏名 テスト 99993037 99993037-23 (男) 保険医療機関の所在地及び名称 沖縄県名護市大中2-12-3
テスト 99993037 (女) 沖縄県立北部病院
昭和 30年 9月 19日生 電話番号 0980-52-2719
保険医氏名 S S I C A (印)

区分 被保険者 被扶養者 3 割 都道府県番号 47 原簿表番号 1 医療機関コード 81110150

交付年月日 令和 2年 1月 15日 処方箋の使用期間 令和 2年 1月 18日
特に記載のある場合を除き、交付の日付を含め4日以内に保険薬局に提出してください。

変更不可	個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に関連する支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」または「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。		
01	【般】アムロジピン口腔内崩壊錠5mg	1回	1錠 (1日 1錠)
	g		30日分
	1日1回朝食後		
02	【般】ミチガリト [®] Ca口腔内崩壊錠	1回	1錠 (1日 3錠)
	10mg		30日分
	1日3回朝昼夕食直前		
03	【般】ファモチジン口腔内崩壊錠10m	1回	1錠 (1日 2錠)
	g		30日分
	1日2回朝食後と就寝前		
04	【般】リセト [®] ロソ酸Na水和物錠75mg	1回	1錠 (1日 1錠)
	月1回 起床時		1日分
	— — — 次頁あり — — —		

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

備考 変更不可欄に「✓」又は「×」を記載した場合、以下に署名又は記名・押印すること。
保険医署名 (印)
患者住所
岸和田市南町〇×〇×町1丁目2番地3号
麻薬施用者免許番号 12345678

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 公費負担医療の受給者番号

保険薬剤師氏名 (印)

『かかりつけ薬局を持ちましょう』

『かかりつけ薬局』とは、薬に関するあらゆる相談に応じ、情報提供する調剤薬局の事です

- 薬の重複、飲み合わせによる副作用を未然に防げます
 - 薬についての詳しい説明が受けられます
 - ジェネリック医薬品（後発医薬品）への切替相談もいたします
- 『かかりつけ薬局』は薬の面からあなたの健康管理をサポートする薬局です

変更点
内服薬の用量が「1日量」から「1回量」に変わります。
1回量と1日量を併記します。
「分〇」から「1日〇回」へ表記変更します。

処方箋の有効期限は、4日以内です

処方箋

(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 又は市町村番号		保険者番号	3	2	1	4	0	4	1	0
公費負担医療又は老人医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	02-鎌・2019							

氏名	テスト 99993037 99993037-23 (男)	保険医療機関の所在地及び名称	沖縄県名護市大中2-12-3 沖縄県立北部病院							
性別	女	電話番号	0980-52-2719							
生年月日	昭和30年9月19日生	保険医氏名	SSICA (印)							
区分	被保険者	被扶養者	3	割	都道府県番号	47	点検票番号	1	医療機関コード	8110150

交付年月日	令和2年1月15日	処方箋の使用期間	令和2年1月18日 特に記載のある場合を除き、交付の日付を含め4日以内に保険薬局に提出してください。
-------	-----------	----------	---

変更不可	個々の処方箋について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更を差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」または「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。		
05	【般】硝酸イソルビドテープ 40mg/ 枚 外) 1日1回 胸部に貼付	7枚	
06	【般】ベタメタゾン・ゲンタマイシン配合 軟膏0.12% 外) 1日2回 湿疹部に適量塗布	15g	
07	【般】サシトロン徐放錠5mg 1日2回12時間間隔(朝・夕) ――次頁あり――	1回	1錠(1日2錠) 7日分

備考	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。) □保険医療機関へ照会した上で調剤 □保険医療機関へ情報提供		
	変更不可欄に「✓」又は「×」を記載した場合、以下に署名又は記名・押印をすること。 保険医署名 (印) 患者住所 岸和田市南町〇×〇×町1丁目2番地3号 麻薬施用者 免許番号 12345678		

調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号							
保険薬局の所在地名		公費負担医療の受給者番号							
保険薬剤師氏名	(印)								



『かかりつけ薬局を持ちましょう』

『かかりつけ薬局』とは、薬に関するあらゆる相談に応じ、情報提供する調剤薬局の事です

- 薬の重複、飲み合わせによる副作用を未然に防げます
 - 薬についての詳しい説明が受けられます
 - ジェネリック医薬品(後発医薬品)への切替相談もいたします
- 『かかりつけ薬局』は薬の面からあなたの健康管理をサポートする薬局です

変更点

内服薬の用量が「1日量」から「1回量」に変わります。

1回量と1日量を併記します。

「分〇」から「1日〇回」へ表記変更します。

処方箋の有効期限は、4日以内です

処方箋

Page:3
内科

(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 又は市町村番号		保険者番号	3	2	1	4	0	4	1	0
公費負担医療又は老人医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	02-鎌・2019							

氏名	テスト 99993037 99993037-23 (男)	保険医療機関の所在地及び名称	沖縄県名護市大中2-12-3 沖縄県立北部病院							
性別	女	電話番号	0980-52-2719							
生年月日	昭和30年9月19日生	保険医氏名	SSICA (印)							
区分	被保険者	被扶養者	3	割	都道府県番号	47	保健所番号	1	医療機関コード	8110150

交付年月日	令和2年1月15日	処方箋の使用期間	令和2年1月18日
特に記載のある場合を除き、交付の日付を含め4日以内に保険薬局に提出してください。			

変更不可	08	個々の処方箋について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更により支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」または「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。		
	08	オナール散2.5mg	1回	1包
		疼痛時		10回分
		--- 以下余白 ---		

処方	
方	

備考	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。) <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
	変更不可欄に「✓」又は「×」を記載した場合、以下に署名又は記名・押印すること。 保険医署名 (印) 患者住所 岸和田市南町〇×〇×町1丁目2番地3号 麻薬施用者免許番号 12345678

調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号							
保険薬局の所在地名称		公費負担医療の受給者番号							
保険薬剤師氏名									



『かかりつけ薬局を持ちましょう』

『かかりつけ薬局』とは、薬に関するあらゆる相談に応じ、情報提供する調剤薬局の事です

- 薬の重複、飲み合わせによる副作用を未然に防げます
 - 薬についての詳しい説明が受けられます
 - ジェネリック医薬品(後発医薬品)への切替相談もいたします
- 『かかりつけ薬局』は薬の面からあなたの健康管理をサポートする薬局です

変更点

内服薬の用量が「1日量」から「1回量」に変わります。

1回量と1日量を併記します。

「分〇」から「1日〇回」へ表記変更します。

処方箋の有効期限は、4日以内です