

# 処方せん

(この処方せんは、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 99999989	99999989-1	男	保険医療機関の所在地及び名称 徳島県徳島市八万町寺山231 医療法人 尽心会 亀井病院
	テスト 99999989		(女)	電話番号 088-668-1177 保険氏名 テスト 9999 <span style="float: right;">㊟</span>
区分	被保険者	被扶養者		都道府県番号 36
				点数表番号 1

交付年月日	平成29年 11月 30日	処方せんの使用期間 平成29年 12月 3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。
-------	---------------	---------------------------	--

処方	変更不可	個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に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。		
	01	【般】レバミド錠100mg	1回	1錠 (1日 3錠)
		1日3回朝昼夕食直後		7日分
	02	【般】シクロフェナクNaテープ 15mg (7×10cm 非温感)		14枚
	湿布・1日2回朝夕			
03	【般】ロキソプロフェンNa錠60mg	1回	1錠	
	疼痛時		10回分	
	— — — 以下余白 — — —			

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 <span style="float: right;">㊟</span>		

調剤済年月日	平成	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	㊟										