処　方　箋

（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）

00009

公費負担者番号	
公費負担医療の受給者番号	
保険者番号	01340017
被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	310111231・777（枝番）
患者 氏名	テスト　カンジャサマ テスト　カンジャサマ
患者 生年月日	昭和４９年　９月　３日　女
患者 区分	被保険者　割合
保険医療機関の所在地及び名称	東京都文京区本駒込２－２８－１６ 医療法人　オルカ医院
電話番号	03-3946-0001
保険医氏名	テスト　医師　㊞
都道府県番号	34
点数表番号	1
医療機関コード	1234567
交付年月日	令和　７年　４月２２日
処方箋の使用期間	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】ロキソプロフェンＮａ錠６０ｍｇ　　１　　錠

（　　１日分）

以下余白

リフィル可　□　（　　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。）

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には「✓」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	
公費負担医療の受給者番号	
保険薬局の所在地及び名称	
保険薬剤師氏名	㊞

薬局で記載のこと	型	調剤料	薬剤料	調剤数量	薬剤料計	合計	加算	調剤基本料	薬剤指導料

保険内点数	負担	負担金	保険外
	割		

備考	患者請求金額

処　方　箋（控）

（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）

00009

公費負担者番号	
公費負担医療の受給者番号	
保険者番号	01340017
被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	310111231・777（枝番）
患者 氏名	テスト　カンジャサマ テスト　カンジャサマ
患者 生年月日	昭和４９年　９月　３日　女
患者 区分	被保険者　割合
保険医療機関の所在地及び名称	東京都文京区本駒込２－２８－１６ 医療法人　オルカ医院
電話番号	03-3946-0001
保険医氏名	テスト　医師　㊞
都道府県番号	34
点数表番号	1
医療機関コード	1234567
交付年月日	令和　７年　４月２２日
処方箋の使用期間	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】ロキソプロフェンＮａ錠６０ｍｇ　　１　　錠

（　　１日分）

以下余白

リフィル可　□　（　　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。）

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には「✓」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	
公費負担医療の受給者番号	
保険薬局の所在地及び名称	
保険薬剤師氏名	㊞

薬局で記載のこと	型	調剤料	薬剤料	調剤数量	薬剤料計	合計	加算	調剤基本料	薬剤指導料

保険内点数	負担	負担金	保険外
	割		

備考	患者請求金額