

(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										保険者番号		01340017											
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		0123456・123456											
患 者	氏名	ニチイ ノリコ 日医 典子								保険医療機関の所在地及び名称				広島県広島市中区大手町2-11-10 広島医院（共用）									
	生年月日	昭和37年 3月 9日								電話番号				0120-957-706									
	区分	被保険者						割合		3割		保険医氏名				日医 一平							
交付年月日		平成27年10月17日										都道府県番号		34		点数表番号		1		医療機関コード		1234555	
処方せんの使用期間		平成 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	（ 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。）																					
	×	1) アダラートCR錠10mg 2錠 コニール錠4 4mg 2錠 【般】ファモチジン錠10mg 2錠 【1日2回朝夕食後に】 (14日分) 2) 【般】プロメタジン1. 35%等配合非ピリン系感冒剤 3g 【1日3回毎食後に】 (5日分) 3) 【般】アセトアミノフェン錠200mg 2錠 【38. 5℃以上の発熱時に】 (5回分) 4) 【般】デカリニウム塩化物トローチ0. 25mg 12錠 【6時間あけて】 以下余白																					
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。） 日医 一平																						
調剤済年月日		平成 年 月 日										公費負担者番号											
保険薬局の所在地及び 保所名 保氏名												公費負担医療の受給者番号											
㊤																							