

処方せん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

000110

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		保険医療機関 広島県広島市中区大手町2-11-10				
	日医 典子		の所在地及び名称 広島医院 (共用)				
患者生年月日	昭和37年 3月 9日		電話番号 0120-957-706				
	女		保険医氏名 日医 一平 ㊤				
患者区分	被保険者		都道府県番号 34				
	割合 3割		点数表番号 1				
交付年月日	平成27年10月17日		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。)						
	×	1) アダラートCR錠10mg		2	錠	(14日分)	
		コニール錠4 4mg		2	錠		
		【般】ファモチジン錠10mg		2	錠		
		【1日2回朝食後に】					
2) 【般】プロメタジン1.35%等配合非ピリン系感冒剤		3	g	(5日分)			
【1日3回毎食後に】							
3) 【般】アセトアミノフェン錠200mg		2	錠	(5回分)			
【38.5℃以上の発熱時に】							
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薬剤師氏名			公費負担医療の受給者番号				
	㊤						
薬局で記載のこと備考	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		患者請求金額		

処方せん(控)

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

000110

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		保険医療機関 広島県広島市中区大手町2-11-10				
	日医 典子		の所在地及び名称 広島医院 (共用)				
患者生年月日	昭和37年 3月 9日		電話番号 0120-957-706				
	女		保険医氏名 日医 一平 ㊤				
患者区分	被保険者		都道府県番号 34				
	割合 3割		点数表番号 1				
交付年月日	平成27年10月17日		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。)						
	×	1) アダラートCR錠10mg		2	錠	(14日分)	
		コニール錠4 4mg		2	錠		
		【般】ファモチジン錠10mg		2	錠		
		【1日2回朝食後に】					
2) 【般】プロメタジン1.35%等配合非ピリン系感冒剤		3	g	(5日分)			
【1日3回毎食後に】							
3) 【般】アセトアミノフェン錠200mg		2	錠	(5回分)			
【38.5℃以上の発熱時に】							
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薬剤師氏名			公費負担医療の受給者番号				
	㊤						
薬局で記載のこと備考	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		患者請求金額		