

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		0	1	3	4	0	0	1	7	
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										
患 者	氏 名	ニチイ ノリコ							保 険 医 療 機 関									
	生 年 月 日	昭和37年 3月 9日							広 島 県 広 島 市 中 区 大 手 町 2 - 1 1 - 1 0									
	区 分	被保険者					割 合	3割		の 所 在 地 及 び 名 称 広島医院 (共用)								
交 付 年 月 日		平成27年10月17日							電 話 番 号 0120-957-706									
処方せんの間 使 用 期 間		平成 年 月 日							保 険 医 氏 名 日 医 一 平									
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 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 3 g 【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									
保険薬局及び 保 所 名 保 険 薬 剤 師 氏 名									公費負担医療の 受 給 者 番 号									

<メモ>

- 備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
2. この用紙は、日本工業規格A列5番とすること。
3. 療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(昭和51年厚生省令第36号)
第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、
「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

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
備 考									割		
								患者請求金額			