

処方箋

版：01

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です)

1/1

処方箋取り扱い上の注意

【患者さんへの連絡事項】

- 院外処方箋の使用期間は、交付日を含めて4日以内です。
- 使用期限を過ぎた場合、保険薬局でお薬を受け取ることが出来ません。診察して再交付が必要となります。

公費負担者番号		保険者番号		0	0	0	0
公費負担医療の 受給者番号		保険医療機関・ 調剤薬局の 記号・番号	(枝番)				
患者番号	9999000102	科名	内	科	科	保険医療機関 〒933-8555 の所在地及び名称 富山県高岡市永楽町5-10 厚生連高岡病院 TEL 0766-21-3930 FAX 0766-24-8358	
氏名	フリガナ テスト 010		様		保険医氏名		富士通太郎 (開発系) <input type="checkbox"/>
性別	テスト 010		女		印		
生年月日	1931年12月14日 (89才)				印		
扶養	被扶養者		患者負担		1		割
交付年月日	令和3年02月05日		処方箋の 使用期間	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。			
変更不可	[個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更を差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「X」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。]						
処方	1) タナトリン錠5 1錠 1日分 ・・・分1：朝食後 服用開始日：2021/02/05(金) 以下余白						
調剤	麻薬施用者免許番号 第 号		(患者住所) 高一 TEL				
考	保険医療機関が調剤時に処方した薬品の状況（特記事項がある場合は「レ」又は「X」を記載すること。） <input type="checkbox"/> 保険医療機関一環高専化した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関一環製剤所 保険医署名 [「変更不可」欄に「レ」又は「X」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。] 印						
調剤済年月日	年 月 日		公費負担者番号				
保険薬局の所在地及び名称	調剤師氏名		公費負担医療の受給者番号				