

処方せん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

00001

公費負担者番号		保険者番号	01260017
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	11333322・36
患者氏名	ヨシナガ サユリ		
	吉永 小百合		
生年月日	昭和32年 6月 6日	性別	女
患者区分	被保険者	割合	
交付年月日	平成27年 4月 2日	電話番号	075-622-7385
処方せんの使用期間	平成 年 月 日	保険医療機関の所在地及び名称	京都府京都市伏見区新町5丁目 すかいクリニック
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。)		
処方	1) 【般】ファモチジン錠 20mg	3	錠 (14日分)
	【1日3回毎食後に】		
	2) ツムラ小青竜湯エキス顆粒(医療用)	5	g (14日分)
	【1日2回朝夕食後に】		
3) 【般】リセドロン酸Na錠 17.5mg	3	錠 (10日分)	
	【1日3回毎食後に】		
	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。) 調剤済年月日 平成 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保険薬剤師氏名		

処方せん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

00001

公費負担者番号		保険者番号	01260017
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	11333322・36
患者氏名	ヨシナガ サユリ		
	吉永 小百合		
生年月日	昭和32年 6月 6日	性別	女
患者区分	被保険者	割合	
交付年月日	平成27年 4月 2日	電話番号	075-622-7385
処方せんの使用期間	平成 年 月 日	保険医療機関の所在地及び名称	京都府京都市伏見区新町5丁目 すかいクリニック
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。)		
処方	1) 【般】ファモチジン錠 20mg	3	錠 (14日分)
	【1日3回毎食後に】		
	2) ツムラ小青竜湯エキス顆粒(医療用)	5	g (14日分)
	【1日2回朝夕食後に】		
3) 【般】リセドロン酸Na錠 17.5mg	3	錠 (10日分)	
	【1日3回毎食後に】		
	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。) 調剤済年月日 平成 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保険薬剤師氏名		