

院内処方せん

おくすり引き換え券

00001

|                                      |   |  |                       |    |                   |    |           |   |             |         |
|--------------------------------------|---|--|-----------------------|----|-------------------|----|-----------|---|-------------|---------|
| 公費負担者番号                              |   | 保険者番号  | 0                     | 1  | 2                 | 6  | 0         | 0 | 1           | 7       |
| 公費負担医療の<br>受給者番号                     |   | 被保険者証・被保険<br>者手帳の記号・番号   | 11333322・36           |    |                   |    |           |   |             |         |
| 患者氏名                                 | ヨシナガ サユリ  |  | 保険医療機関 京都府京都市伏見区新町5丁目 |    |                   |    |           |   |             |         |
|                                      | 吉永 小百合  |  | の所在地<br>及び名称 すかいクリニック |    |                   |    |           |   |             |         |
| 生年月日                                 | 昭和32年   | 6月   | 6日                    | 女  | 電話番号 075-622-7385 |    |           |   |             |         |
| 区分                                   | 被保険者  |  | 割合                    |    | 保険医氏名 遠山 金四郎 ㊞    |    |           |   |             |         |
| 交付年月日                                | 平成27年   |  | 4月                    | 2日 | 都道府県<br>番号        | 26 | 点数表<br>番号 | 1 | 医療機関<br>コード | 1234567 |
| 処方せん<br>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 〕<br>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) ガスター錠 20mg  | 3                     | 錠  | ( 14日分)           |    |           |   |             |         |
|                                      |   | 2) ツムラ小青竜湯エキス顆粒 (医療用)  | 5                     | g  | ( 14日分)           |    |           |   |             |         |
|                                      |   | 3) アクトネル錠 17.5mg   | 3                     | 錠  | ( 10日分)           |    |           |   |             |         |
|                                      | 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               |    |                   |    |           |   |             |         |
| 保険薬局の<br>所在地及び<br>保所名<br>保険薬剤師<br>氏名 |   |  | 公費負担医療の<br>受給者番号      |    |                   |    |           |   |             |         |

処方日 平成27年 4月 2日 患者番号 00001

吉永 小百合 殿

昭和32年 6月 6日生 ( 58才)

すかいクリニック

お薬が出来ましたらお呼び出し致しますので、しばらくお待ちください。  
薬局の窓口にて、必ずご掲示ください。