

処方せん



00031

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号						保険者番号	3	9	2	6	2	0	8	4				
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	3 6 9 8 5 4 1 2											
患者氏名	カトウ シン 加藤 シン					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											
	生年月日	大正15年 5月 6日			女		電話	075-622-7385		FAX	075-622-7403							
区分	被保険者			割合	0割	保険医氏名	遠山 金四郎 Ⓜ											
交付年月日	平成27年10月21日					都道府県番号	2	6	点数表番号	1	医療機関コード	1	2	3	4	5	6	7

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) 【般】ベタヒスチンメシル酸塩錠 6 m g 6 錠 アデホスコーク顆粒 1 0 % 3 g 【般】カリジノゲナーゼ錠 2 5 単位 3 錠 【1日3回毎食後に】 (1 4 日分)																
		2) 【般】ジアゼパム錠 2 m g 1 錠 【1日1回就寝前に】 (1 4 日分)																
		3) 【般】ケトプロフェンパップ 3 0 m g (1 0 × 1 4 c m 非温感) 1 4 枚 (腰部) 以下余白																

備 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。)

考 (高一) 分包して下さい

調剤済年月日 平成 年 月 日 公費負担者番号

保険薬局及び調剤師 公費負担医療の受給者番号

保所名氏名 Ⓜ

