処　方　せ　ん

（この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。）

重

00031

公費負担者番号	
公費負担医療の受給者番号	

保険者番号	39262084
被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	３６９８５４１２

患者	氏名	カトウ　シン 加藤　シン	
	生年月日	大正１５年　５月　６日	女
	区分	被保険者	割合
交付年月日		平成２７年１０月２１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

電話番号　075-622-7385

保険医氏名　遠山　金四郎　㊞

都道府県番号	点数表番号	医療機関コード
26	1	1234567

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６ｍｇ　6　錠
アデホスコーワ顆粒１０％　3　ｇ
【般】カリジノゲナーゼ錠２５単位　3　錠
【１日３回毎食後に】　（　１４日分）

2）【般】ジアゼパム錠２ｍｇ　1　錠
【１日１回就寝前に】　（　１４日分）

3）【般】ケトプロフェンパップ３０ｍｇ（１０×１４ｃｍ非温感）
１４　枚
（腰部）

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。）

（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	
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	㊞	公費負担医療の受給者番号	