

公費負担者番号 又は市町村番号									
公費負担医療又は 老人医療の受給者番号									

保険者番号			3	8	0	1	4	7
被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号	10011489 (枝番) 01							

氏名	テスト SE 006 様
生年月日	昭和23年08月06日 73才 男性

保険医療機関の 所在地及び名称	西予市牟利町永長147番地1 西予市立西予市民病院
電話番号	[0894] 62-1121
診療科名	内科
保険医氏名	テスト 医師

区分	被扶養者	負担割合	2割
都道府県 番号	38	点数表 番号	1
医療機関 コード	1410327		

交付年月日	令和4年04月01日	処方箋の 使用期限	令和4年04月04日
-------	------------	--------------	------------

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「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。]	
	1)	ロキソニン錠60mg ・・・1日1回 朝食後 *****以下、処方箋コメント***** 以下余白	1錠 1日分

備	麻薬施用者番号	患者住所	医事印
	高一		

考	保険医署名 [「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。]
---	---

保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応 (特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。)			
<input type="checkbox"/>	保険医療機関へ疑義照会した上で調剤	<input checked="" type="checkbox"/>	保険医療機関へ情報提供
調剤実施回数 (調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。)			
<input type="checkbox"/>	1回目調剤日 (年 月 日)	<input type="checkbox"/>	2回目調剤日 (年 月 日)
<input type="checkbox"/>	次回調剤予定日 (年 月 日)	<input type="checkbox"/>	3回目調剤日 (年 月 日)

調剤済年月日		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		公費負担医療又は 老人医療の受給者番号						
交付日を含めて4日以内に保険薬局に提出して下さい。病院医事印の無いものは、無効です。								

処方箋 2次元シンボル ※処方箋が複数枚に分かれる場合は、最終頁に印字されます。



2次元シンボルはこちらに印字されます。

お問い合わせは、FAXでお願ひします。【FAX [0894] 62-6160】