

処方箋

オーダー番号: 10787970

出力時刻: 15:35:28

第 01 版

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

1/1

(公費負担者) 番号 市 町 村							
(公費負担) 医療の 老人 受給者番号							

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

ID	9912000022	腎臓内科
患者氏名	テスト 0022	殿 女性
発症日	昭和29年12月06日	69 才
区分	負担割合	10 割

保険医療機関 福 岡 市 南 区 大 楠 3 丁 目 1 番 名 称
福 岡 赤 十 字 病 院

電話番号 [0570] 03-1211

保険医氏名 大石 裕樹 (印)

都道府県番号	40	点数表番号	1	医療機関コード	1219187
--------	----	-------	---	---------	---------

発行日 令和 6 年 0 2 月 0 2 日 処方箋の使用期限 令和 6 年 0 2 月 0 5 日

処方方 (薬品・分量・用法・用量)	1) 【20mg】 アダラートCR錠 3錠 1回1錠 (1日3錠) ニフェジピン徐放錠20mg (24時間持続) ・・・ 1日3回: 毎食後 ・・・ 2024/02/02 (金) 4日分
	2) ★ジソピラミドリン酸塩徐放錠150mg 「トーフ」 1錠 1回1錠 (1日1錠) リン酸ジソピラミド徐放錠150mg ・・・ 1日1回: 朝食後 ・・・ 2024/02/02 (金) 15日分
	以下余白

薬品名の下に記載されている薬品名称は電カル更新時のデータ移行用のコメントです。

※一般名処方ではありませんのでご注意ください。

×に	
リフィル可 <input type="checkbox"/> (回)	

麻薬施用者番号	患者住所
備	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。] (印)

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。)