

99999406

再発行分

処方箋

処方箋番号: 8042

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です)

公費負担者番号

保険者番号

06

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

1234

5678

患者

氏名

練習 406 殿

生年月日

昭和55年 5月 5日 女

区分

被保険者

保険医療機関の 福岡県鞍手郡鞍手町小牧2226-2
所在地および名称 地方独立行政法人くらて病院

電話番号

TEL:0949-42-1231 FAX:0949-42-4391

保険医氏名

内科 全科 医師

都道府県
番号

40

点数表
番号

1

医療機関
コード

5111182

処方箋の使用期間

年 月 日

交付年月日 令和 3年 9月29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

変更不可 変更不可 個々の処方箋について、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「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。

処方

01)

【般】ロキソプロフェンNa錠60mg 1錠

15日分

【用法】 1日1回 朝食後

02)

アトラックス錠25mg 3錠

15日分

【用法】 1日1回 朝食後

---- 以下余白 ----

方

「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。

備考

保険医署名

備考

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には「レ」又は「×」を記載すること。)

□保険医療機関へ疑義照会した上で調剤

□保険医療機関へ情報提供

全てのコードを読み込んで下さい。

★ くらて病院
への疑義照会
のための
電話番号

公費負担者番号

公費負担医療
の受給者番号

調剤済年月日

保険薬局の所在
地及び名称

保険薬剤師氏名

印

備考

受付番号:

<お問い合わせ先>

保険確認用: 0949-28-7578(医事課)

疑義照会: 0949-28-7518(薬局)