(耳	[] 引換券番号: 6 2 0 0 1	(保険薬局の皆様へ)				
(20	- 9114-000 処方箋は、どこの保険薬局でも有効です。)	・疑義照会はFAXにて対応しています。通信欄に記載しFAXして下さい。				
一公智	町村番号・ 保険者番号	・一包化指示は右下に【一包化】と表示されますが、				
ā	(人医療・ 被保除者証・被保除	一包化可能な薬剤のみ一包化して下さい。				
公の	費負担医療	・薬品名の先頭に◎がついている薬剤は院内にて患者様に交付済みです。				
	B 9910000109 入) 消化器内科 保険医療機関の 〒830-0011 1577日 1577日	・用量の単位に【原薬量】と記載している薬剤は、原薬量で処方されています。				
	一点,CITA — 而在地及以外的 描画界久留术中旭则67番地	・外用薬や自己注射の用法に(1日量)(1回量)と記載されている場合は、				
患	_g <mark>てすと CITA 様 プ</mark> 久留米大学病院	処方日数または回数を乗じた数量で交付をお願いします。				
i	¹¹ 昭 30年 12月 16日 生 (66歳) _{電 話 番 号 0942-35-3311(代表)}	THEILER + 0000 /00 /00 10 14 00				
者		通 信 欄				
	保 日 (4) (4) (5) (5) (6) (7) (7) (8) (8) (8) (8) (8) (8) (1) (8) (1) (8) (1) (9) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (2) (1) (1) (1) (2) (1) (1) (1) (2) (1) (1) (1) (2) (1) (1) (1) (2) (1) (1) (1) (1) (1) (2) (1) (2) (1) (2) (1) (3) (1) (4) (1) (8) (1) (8) (1) (8) (1) (1) (1) (1) <td< th=""><th>久留米大学病院 院外処方箋案内(平日8:30~17:00) TEL 0942-31-7963 FAX 0942-37-3408</th></td<>	久留米大学病院 院外処方箋案内(平日8:30~17:00) TEL 0942-31-7963 FAX 0942-37-3408				
	交付年月日 2022年09月06日 処方箋の使用期限 2022年9月9日 ※	問い合わせ 処方内容など → 久留米大学病院 薬剤部 TEL 0942-31-7962 FAX 0942-37-6146				
	で変更不可」欄に「レ」または「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。 「大学を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。	保険内容など → 久留米大学病院 医事課 TEL 0942-31-7603 FAX 0942-32-5916				
	1 【般】アセトアミノフェン錠200mg 3 錠 載	発信者(住所・氏名・TEL・FAX) 口保険証の確認 送信枚数 (本状含む)				
処	粉砕 粉砕 の食後					
70	5日分 5日分	♥ □ 追加薬の依頼 □ □ 追加薬の依頼 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □				
	2 リンデ・ロンーVG軟膏0.12%《10g/本》 1 本 る	□中止薬の確認				
	分割					
	増量中					
	5日分 2 リンデ・ロンーVG軟膏0.12%《10g/本》 (全量)1日1回 増量中 3 エースコール錠2mg 1×朝食後	出				
		が 取				
	5日分 日分	ら な				
	4 【般】アスピリン腸溶錠100mg 3 錠 を 3×朝・昼・夕の食後 3	/\ で				
	5日分 4 【般】アスピリン腸溶錠100mg 3×朝・昼・夕の食後 3日分 3 錠 含しめが					
_						
方						
	4 ³ 日 以 内 内					
	リフィル可 ロ (回) 【一包化】 に					
備	「変更不可」欄に「レ」または「×」を記載し た場合は、署名又は記名・押印すること 保					
7/11		疑義照会 返信 返信日: 年 月 日				
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は「レ」または「×」を記載すること。)	回答者 回答 送信枚数				
	薬施用者 第 号	(本状含む)				
<u> </u>						
調剤実施回数(調剤回数に応じて、口に「ソ」又は「×」を記載することも」、調剤目及び次回調剤予定目を記載すること。) <u>□1回目調剤日(年月日)□2回目調剤日(年月日)□3回目調剤日(年月日)</u> <u>次回調剤予定日(年月日)次回調剤予定日(年月日)</u>						
	済年月日 年 月 日 _{公費負担者番号}					
地及	公告の行は、公費負担医療	枚				
保険						

に 公 么	A		- 一包化指示は <mark>右下に</mark> 【一包化】と表示されますが、 一包化可能な薬剤のみ一包化して下さい。 ・薬品名の先頭に◎がついている薬剤は院内にて患者様に交付済みです。 ・用量の単位に【原薬量】と記載している薬剤は、原薬量で処方されています。 ・外用薬や自己注射の用法に(1日量)(1回量)と記載されている場合は、 処方日数または回数を乗じた数量で交付をお願いします。	
		j	機構機力内容など → 久留米大学病院 薬剤部大区 0942-31-7962大区 0942-31-7962大区 0942-31-7603大区 0942-31-7603大区	6140 5910
	(全量) 3×朝・昼・夕の食直後《5 単位、1 単位、2 単 でのででである。	なう ううまん へぶ かぶし しょうしょ しんり こく マー切り取り (患者さんは切り取らないでください)	 取りある場合を除き交付日を含めて4日以内に保 	枚
	· 	K)	薬 疑義照会 返信日: 年月	
調保別地	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	/ 邑一 / 1	人 世谷 提出してくだ。	枚
	(印) の受給者審労	`	 	1/