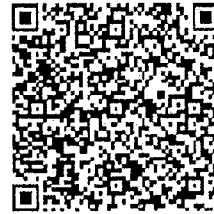


処方内容 (控え)

ページ: 1 / 1



引換番号: 302395

マイナンバーカードをお持ちでない方は上記の引換番号を薬局にお伝えください

氏 名	発行年月日	使用期限
様	2024年10月 2日	2024年10月 5日

※記載無しは発行年月日含めて4日間有効

☐ この処方内容 (控え) はリフィル処方によるものです (回)

※リフィル処方箋の場合は上記に「レ」と総使用回数が記載されます。お薬を受け取った後、次回調剤予定日が以下に記載されますので、その前後7日間以内に薬局に来てください。

☐ 1回目調剤日 (年 月 日)	次回調剤予定日 (年 月 日)
☐ 2回目調剤日 (年 月 日)	次回調剤予定日 (年 月 日)
☐ 3回目調剤日 (年 月 日)	

(医療機関コード) 40-1-1219187
〒815-8555 福岡県福岡市南区大楠3丁目1-1

日本赤十字社 福岡赤十字病院

TEL 0570-03-1211

FAX

(処方医師名)

【処方内容】

RP001	【般】ピタバスタチンCa 口腔内崩壊錠 1mg	1錠	10日分
RP002	アムロジンOD錠 5mg	1錠	10日分
以下余白			

保険者番号	生年月日	年 月 日
記号・番号	(枝番) 00	性別 男
公費負担者番号	公費受給者番号	
患者特定コード		