

90000001 処方せん (この処方せんは どの保険薬局でも有効です。内科) 1 / 1

公費負担者番号	M 1	保険者番号	
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	
患者 氏名	テスト カン 01 テスト 患者 0 1	保険医療機関の所在地及び名称	愛知県弥富市前ケ須町南本田396 海南病院
患者 性別	男	電話番号	5 6 7 - 6 5 - 2 5 1 1 (代)
患者 生年月日	平成 10年 04月 01日生	保険医氏名	テスト 医師 印
患者 区分	被保険者 被扶養者 一部負担金の割合 割	都道府県番号	2 3
		点数表番号	1
		医療機関コード	7 5 0 0 0 1 1
交付年月日	平成 24年 05月 01日	処方箋の使用期間	年 月 日 (特に記載のある場合を除き 交付日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること)
処方 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)への変更に差支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「」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。 01 レ ガスターD錠 2 5 0mg 1 錠 後発医薬品に変更不可 ソセゴン錠 2 5 mg* 1 錠 1 × N 朝食後 7 日分 <以下余白>		
備考	患者住所/電話番号 愛知県〇〇市〇〇町〇〇 1 - 1 090-9999-9999	「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。	
	麻薬施用者番号 123456789	保険医署名 テスト 医師 印	
調剤済年月日	年 月 日	公費負担番号	
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師 氏名		公費負担医療の受給者番号	

保険薬局様へ

後発医薬品に変更し調剤した場合には、調剤した薬剤の銘柄等について、処方医に情報提供をお願いいたします。

処方箋の再発行はいたしませんので大切に扱ってください。

この処方せんを

保険薬局

に提出してお薬をお受取りください。

◎この処方せんの有効期限は交付日を含めて 4日間です。  
 有効期限を過ぎると無効になります。  
 連休前の処方の場合は、有効期限にご注意ください。

別紙 1