別紙２

◎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。

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。

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。

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。

キリトリ

処　方　せ　ん

90000001　（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	1 2	保険者番号	
公費負担医療の受給者番号	確認中	被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	

患者	氏名	ﾃｽﾄ ｶﾝｼｬ01 テスト　患者０１ 男　平成 10年 04月 01日生
	区分	被保険者　被扶養者　一部負担金の割合　割

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　愛知県厚生農業協同組合連合　海南病院

電話番号　５６７－６５－２５１１（代）

保険医氏名　テスト　医師　印

都道府県番号	点数表番号	医療機関コード
2 3	1	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　（個々の処方薬について、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２５０mg　１錠

後発医薬品に変更不可

ソセゴン錠２５mg*　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○○市○○町○○１－１　090-9999-9999

麻薬施用者番号　123456789

再発行

「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。

保険医師名　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	印	公費負担医療の受給者番号	