

A

107583

処方せん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

負担: 30%

公費負担者番号		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	ケンカイ クスオ 玄海 九州男		保険医療機関の所在地及び名称 東京都中央区築地一丁目13番 11号 高橋ビル2階 慶友銀座クリニック 電話番号 03-3542-3387 銀座 凡太郎
	生年月日	明・大・昭・平 46年4月9日	男・女 男	
	区分	被保険者	被扶養者	
		都道府県番号	点数表番号	医療機関コード



交付年月日	平成27年2月24日	処方せんの使用期間	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。 平成 年 月 日
-------	------------	-----------	--

処方	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」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。	
	変更不可	変更不可
	【内服】 アレキソン錠20 1T 分1 就寝前；翌朝眠たくなれば 夕食前後や夕方等調整し服用 -----7日分 【内服】 シメナック錠200mg 2T 分1 夕食後 -----7日分 【内服】 カリックD錠10mg 2T 分2 朝食後と夕食後 -----7日分 (以上)	
	備考 前名 印 ← 押印なし	

備考	保険医署名「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。 調剤時間 25分 電話 薬師角 担当者告知 須藤 氏 土日祝休診
----	--

調剤済年月日	平成 年 月 日	公費負担者番号	
保険薬局の所在地及び名称		公費負担医療の受給者番号	