C

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	
公費負担医療の受給者番号	
保険者番号	[redacted]
被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	[redacted]

患者

氏名	ｹﾞﾝｶｲ ｸｽｵ 玄海　九州男
生年月日	明・大・昭・平 46年4月9日　男・女
区分	被保険者　被扶養者

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　高橋ﾋﾞﾙ2階
慶友銀座クリニック

電話番号　03-3542-3387

保険医氏名　銀座　凡太郎　印

都道府県番号	点数表番号	医療機関コード
[redacted]	1	[redacted]

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●ﾞｵﾝ錠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】 ｼﾞ●ﾆﾅｯｸ錠200mg　2T 分1　夕食後 ----------7日分		
×	【内服】 ｶﾞ●ﾘｯｸD錠10mg　2T 分2　朝食後と夕食後 ----------7日分		
	（以上）		

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。

銀座　凡太郎　印

（注）薬変更時[redacted]に電話、薬局名・担当者名を記入[redacted]

[redacted]

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 保険薬剤師氏名	印	公費負担医療の受給者番号	