

D

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	00-001-0210

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 保険医氏名
	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	
		都道府県番号	点数表番号	医療機関コード
			1	02000000



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

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。

調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。

処方	変更不可	【内服】	変更不可
	×	クラット錠500mg 1T 分1 夕食後 -----3日分	
	×	【外用】 アロイヤー点鼻液50μg 8.5mg8.5g 1瓶 左右1噴霧ずつ(1日4回) -----	
×	【内服】 フェソフェナシン塩酸塩錠60mg「SANIK」 2T 分2 朝食後と夕食後 -----14日分 (以上)		

備	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3334-36331-電話。薬局名・担当者告知必須
考 ~~2-9999~~ 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		公費負担医療の受給者番号	