

E

107583

処方

せん (この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

せ

ん

負担: 30%

公費負担者番号				保険者番号		[REDACTED]	
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		[REDACTED]	
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			
	生年月日	明・大・昭・平 46年4月9日 男・女		電話番号		03-3542-3387	
	区分	被保険者	被扶養者	保険医氏名		銀座 凡太郎	
				都道府県番号	点数表番号	医療機関コード	[REDACTED]
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	
<small>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。</small>							
<small>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。</small>							
処方	変更不可	【内服】 ア●シ●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			変更不可	【内服】 × イ●イ●ト●シロップ° 70%分包3 0ml 3包 分3 毎食後 -----7日分 (以上)	
		【内服】 シ●ニ●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					
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 → 押印済		
				[REDACTED] 電話番号: [REDACTED] 薬局名: [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		印		公費負担医療の受給者番号			
保険薬剤師氏名							