

F

107583

処方せん 負担: 30%

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

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	性・女		保険医氏名 都道府県番号 [] 点数表番号 1 医療機関コード []
	区分	被保険者	被扶養者		



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
-------	------------	-----------	--

個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更を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。

処方	変更不可	【内服】 アレ●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●ニナック錠200mg 2T 分1 夕食後 -----7日分 【内服】 カ●ックD錠10mg 2T 分2 朝食後と夕食後 -----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)
----	------	--	------	--

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
---	--

(注) ~~...~~ 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	