処　　方　　箋

0-0

（この処方箋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	3 9 1 3 8 0 3 7
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	13 ・ 12345678 （枝番）

患者

氏　名	ダイナ　康夫（ﾀﾞｲﾅ ﾔｽｵ）		
生年月日	昭和 28年 12月 14日	男	
区　分	国	被扶養者	

保険医療機関の所在地及び名称　東京都中央区日本橋箱崎町
ダイナミクスクリニック

電話番号　(03)5623-9226

保険医氏名　吉原正彦　㊞

都道府県番号	11	点数表番号	1	医療機関コード	9930900

交付年月日　令和　5年　4月　5日

処方箋の使用期間　令和　年　月　日（特に記載のある場合を除き、交付の日を含め4日以内に保険薬局に提出すること）

処方

変更不可　後発医薬品への変更に差し支えある場合「レ」又は「×」を記載

1	インフリーＳカプセル200mg	3Cap		
	【般】テプレノンカプセル５０ｍｇ	3Cap	1日3回毎食後	4日分
2	ケフラールカプセル250mg	6Cap	1日3回毎食後	4日分

以下　余白

リフィル可 □（　　回）

備考　高８

保険薬局が残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合「レ」又は「×」を記載）
☒疑義照会した上で調剤　□情報提供

「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
保険医署名　㊞

調剤実施回数（調剤回数に応じ「レ」又は「×」を記載、調剤日及び次回調剤予定日を記載）
□1回目　年　月　日　□2回目　年　月　日　□3回目　年　月　日
次回予定　年　月　日　次回予定　年　月　日

調剤年月日	令和　年　月　日　調剤済	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	