

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 | | | | | | | (核附) |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|----|------|------------------------------|------|--|----------------|-----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 患者 | 氏名 | ダイナ 康夫 <small>ダイナ 康夫</small> | | | 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 | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 昭和 28 年 12 月 14 日 | 男 | | 電話番号 | (03)5623-9226 | | | | | | | | |
| | 区分 | 国 | 被扶養者 | | 保険医氏名 | 吉原正彦 <small>㊞</small> | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|----------------|----------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 交付年月日 | 令和 5 年 4 月 6 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 | 1 | 【般】プロメタジン 1.35% 等配合非ピリン系感冒剤 リン酸コデイン錠 5mg 「ファイザー」 ×ムコソルバン錠 15mg (変更不可) | 3g 3錠 3錠 | 1日3回毎食後 | 4日分 |
| | 2 | 【般】トスフロキサシントシル酸塩錠 150mg | 3錠 | 1日3回毎食後 | 4日分 |
| | 3 | ×バファリン配合錠 A81 81mg (変更不可) | 1錠 | 発熱時 | 9回分 |
| | 4 | 【般】ポビドンヨード含嗽用液 7% 以下 余白 | 30ml | うがい 適量にうすめ 1日 2回 | 1調剤 |

| | | |
|----|----|--|
| 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) <input checked="" type="checkbox"/> 疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 情報提供 |
|----|----|--|

| | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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) | 「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 | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 1回目 年 月 日 <input type="checkbox"/> 2回目 年 月 日 <input type="checkbox"/> 3回目 年 月 日 | 保険医署名 吉原正彦 <small>㊞</small> | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|----------|-----|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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 | | | | | | | | | | | |

