処　方　せ　ん

内科

（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 又は市町村番号		保険者番号	01000009
公費負担医療又は老人医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	99999999

ID 99998911

氏名	テスト　セツメイ テスト　説明11	男 女	保険医療機関の所在地及び名称 電話番号 保険医氏名
	昭和64年 1月 1日生 28歳 1ヶ月		〒XXX-XXXX XXXXXXXXXXXX 医療法人 徳洲会 福岡徳洲会病院 TEL 0568-51-8711 管理者 ㊞

区分	被保険者	~~被扶養者~~	3割	都道府県番号	4	0	点数表番号	1	医療機関コード	1	6	1	9	1	0	5							

交付年月日	平成29年 2月 16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4日以内に保険薬局に提出してください。

処方

変更不可

（銘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「✓」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。）

01 【般】ﾌﾟﾗﾝﾙｽﾄｼﾛｯﾌﾟ用10%［mg入力］　1回 20mg（1日 20mg）
1日1回朝食後
隔日投与（1日おきに服用）
1日分

02 ﾒﾘｵﾝOD錠10mg　1回 1錠（1日 1錠）
1日1回朝食前
14日分

－ － － 以下余白 － － －

備考

保険薬局が調剤時に疑義を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「✓」又は「×」を記載すること。）
□保険医療機関へ疑義照会した上で調剤　□保険医療機関へ情報提供

変更不可欄に「✓」又は「×」を記載した場合、以下に署名又は記名・押印をすること。
保険医署名 ㊞

調剤済年月日	平成　年　月　日	公費負担者番号	
保険薬局の所在地名称 保険薬剤師氏名 ㊞		公費負担医療の受給者番号	

切り離し不可

◇患者さんへ

・院外処方せんの有効期限は交付日を含めて4日以内です。
期限を過ぎると使用できません。処方せんの再発行には料金がかかります。早めに保険調剤薬局にご提出ください。

・下記の臨床検査値情報は保険調剤薬局での調剤・服薬指導等の際治療効果の確認、副作用の発見・防止などに活用して頂くものです。この検査項目の提供を望まない方は、切り離すことも可能ですが、なるべくこのまま提出してください。

◇保険調剤薬局の方へ

当院の処方せんをお取り扱い頂く際には、必ず当院ホームページをご参照の上対応の程よろしくお願いいたします。
http://www.f-toku.jp/
トップページ＞医療関係者の皆様へ＞調剤薬局の方へ

検査結果（直近3ヶ月以内の検査値より）

検査名	基準値	検査結果	単位	検査日

・問い合わせ先（処方内容⇒薬剤部、保険等に関して⇒医事課）
疑義照会は電話で薬剤師が受け付けます。
医師への直接の疑義照会はご遠慮下さい。

【薬剤部】TEL：092-915-3971(直通)　FAX：092-592-1603
【医事課】TEL：092-573-6622(代)　FAX：092-585-1600
各報告書式は当院ホームページよりダウンロードしてFAXして下さい。

みほん