

処方箋

ID 99999901-6

内科 (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 又は市町村番号					保険者番号	0	6	0	0	1	2
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	山・					

氏名	サエイ タロウ	(男)	山形県山形市沖町79-1
	済生 太郎	女	社会福祉法人恩賜財団 所在地及び名称 済生会山形済生病院 TEL:023-682-1111
区分	昭和48年 12月 11日生 44歳 7ヶ月	保険医氏名	ソフウェア・サービス (印)
	被保険者 被扶養者 3割	都道府県番号 06	点数表番号 1
		医療機関コード	0113656

交付年月日	平成30年 7月 18日	処方箋の 使用期間	年 月 日 特に記載のある場合を除き、交付の日付を含め 4日以内 に保険薬局に提出してください。
-------	--------------	--------------	---

処方方	変更不可	〔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】	アムロジピン	口腔内崩壊錠2.5mg	
			1日1回 朝	食 後	7日分
	02	【般】	フェモチジン	口腔内崩壊錠10mg	
			1日2回 朝 夕	食 後	7日分
	03		ビオスリー配合錠		3錠
			1日3回 朝 昼 夕	食 後	7日分
04	【般】	ゾピクロン	錠7.5mg	1錠	
		1日1回	寝前	7日分	
05	【般】	センシト	錠12mg	1錠	
		便秘時		7回分	
06	【般】	シクロフェナクNa	坐剤25mg	7個	
		【直腸内に挿入】 1個ずつ、頓用			
		— — — 次頁あり — — —			

保険薬局が調剤時に残薬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

備考		変更不可欄に「✓」又は「×」を記載した場合、以下に署名又は記名・押印すること。 保険医署名 (印)
	公費負担者番号	
	公費負担医療の受給者番号	

調剤済年月日	平成 年 月 日
保険薬局の所在地名	
保険薬剤師氏名	(印)



処方箋

ID 99999901-6

内科 (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 又は市町村番号					保険者番号	0	6	0	0	1	2
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	山・					

氏名	サエイ タロウ	(男)	山形県山形市沖町79-1
	済生 太郎	女	社会福祉法人恩賜財団 済生会山形済生病院 TEL:023-682-1111
	昭和48年12月11日生	44歳7ヶ月	保険医氏名 ソフトウェア・サービス (印)

被保険者	被扶養者	3	割	都道府県番号	06	点数表番号	1	医療機関コード	0113656
------	------	---	---	--------	----	-------	---	---------	---------

交付年月日	平成30年 7月 18日	処方箋の 使用期間	年 月 日	特に記載のある場合を除き、交付の日付を含め 4日以内に保険薬局に提出してください。
-------	--------------	--------------	-------	---

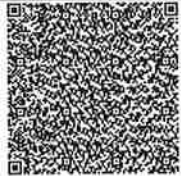
処方	変更不可	〔個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更には差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」または「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。〕		
	07	ゼゾラスパップ 40mg10cm×14cm・6枚/袋	3袋	
		◇貼付◇痛む時 1日1回 腰に		
	08	【般】シアコハラムシ点眼液0.02% 5mL/ 瓶	1瓶	
		◇点眼◇1日2回、1滴、両眼に		
09	【般】ホビトノヨード含嗽剤7% 30mL	1本		
	《含嗽》1日4回			
10	アトエア250デイスカス60吸入用 60ブリストア	1キット		
	【吸入】1日2回、1回1吸入			
	— — — 次頁あり — — —			

保険薬局が調剤時に残薬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・押印すること。 保険医署名 (印)
--	--

公費負担者番号					
公費負担医療の受給者番号					

調剤済年月日	平成 年 月 日
保険薬局の所在地名称 保険薬剤師氏名	(印)



処方箋

ID 99999901-6

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

内科

公費負担者番号 又は市町村番号		保険者番号	060012
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	山・

氏名	サエイ タロウ 済生 太郎	性別	男
生年月日	昭和48年12月11日生	年齢	44歳7ヶ月
住所	山形県山形市沖町79-1 社会福祉法人恩賜財団 済生会山形済生病院 TEL:023-682-1111		
保険医氏名	ソフトウェア・サービス ㊟		

区分	被保険者	被扶養者	3割	都道府県番号	06	点数表番号	1	医療機関コード	0113656
----	------	------	----	--------	----	-------	---	---------	---------

交付年月日	平成30年 7月 18日	処方箋の使用期間	年 月 日 特に記載のある場合を除き、交付の日付を含め 4日以内に保険薬局に提出してください。
-------	--------------	----------	---

処方	変更不可	個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更を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。		
	11	ナゾネックス点鼻液50μg112噴霧用 9mg1 8g	1瓶	
		【噴霧】片鼻2噴霧を両鼻に、1日1回		
	12	ツムラ葛根湯エキス顆粒(医療用)	7.5g	
		1日3回 朝 昼 夕 食 前		5日分
	13	【般】ニルバジピン錠2mg	2錠	
		1日2回 朝 夕 食 後		14日分
	14	【般】イントマシクリーム1% 25g/本	1本	
		◇塗 布◇ 1日数回 痛い所に 肘に		
		— — — 以下余白 — — —		

保険薬局が調剤時に残薬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

備考	変更不可欄に「✓」又は「×」を記載した場合、以下に署名又は記名・押印すること。
	保険医署名 ㊟
	公費負担者番号
	公費負担医療の受給者番号

調剤済年月日	平成 年 月 日
保険薬局の所在地名称	
保険薬剤師氏名	㊟