

院外処方せん (1/1)

医事課
受付印

(この処方せんはどの保険薬局でも可能です。)

公費負担者番号	保険者番号	被保険者番号	被保険者証・被保険者 手帳の記号・番号
公費負担医療の 受給者番号			
登録番号 099800058 生年月日 昭和49年01月04日 女 力ナ ジチ 058 年齢 42歳 11ヶ月 氏名 自治 058 電話番号 0285(44)2111(代)	自治医科大学附属病院 所在地及び名称 栃木県下野市薬師寺3311の1 診療科目 精神科 保険医氏名 印	都道府県 09 点数表 1 医療機関 5210074	署名(姓名)
区分 被保険者(保険種別: 自費200%課税)			

交付年月日	平成28年12月17日	処方せんの 使用期間	平成28年12月21日
変更	個々の処方薬について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更し差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「√」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。		
01	エビリフアイ錠 3mg 1日2回(朝,夕)食後	1回 1錠 (1日 2錠)	28日分
02	マイスリー(ゾレム)錠 5mg 1日1回 眠前	1回 1錠 (1日 1錠)	28日分
	(以下余白)		

備考	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合(特に指示がある場合は「し」又は「x」を記載すること。) <input checked="" type="checkbox"/> 保険医療機関へ送薬照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供 「変更不可」欄に「√」又は「×」を記載した場合は 署名または記名・押印すること。
	保険医署名

調剤済年月日	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	公費負担医療の

患者様へ

この処方せんは診察が終了したら
会計窓口へお持ち下さい。

この処方せんは院外の保険薬局でお
薬を受け取るためのものです。

お帰りの際には、医師の押印または署
名があること、医事課の受付印があること
をお確かめ下さい。

保険薬局の薬剤師様へ

変更調剤を行った場合は、処方医に
対して速やかに使用した医薬品の銘柄・
含量規格・剤形等について情報提供を
お願いいたします。

また、患者様のお薬手帳には発行さ
れた処方せんの内容と実際に調剤した
内容が明確になるよう記載して下さい。