処 方 箋 (Prescription)

（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。ただし、処方案内の手書き修正は無効です。）

分割指示に係る処方箋 ____分割の____回目

公費負担者番号	
公費負担医療の受給者番号	

保険者番号	
被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	

患者	氏名	ｼｮｳｷﾝｼ ﾔｸｻﾞｲﾌﾞﾃｽﾄ 使用禁止　薬剤部テスト外来1　様	
	生年月日	昭和 30年 06月 03日	男
	区分	被保険者	
交付年月日		2022年12月26日	
処方せんの使用期間		年　月　日 特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。	

保険医療機関所在地及び名称　〒216-8511 神奈川県川崎市宮前区菅生2-16-1
聖マリアンナ医科大学病院
電 話 番 号　044-977-8111
保険医師名　桜井 司　印
保険医療機関での自己負担区分　病200以上

都道府県番号			点数表番号		医療機関コード							
	1	4		1		5	5	0	0	2	9	3

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）への変更に差支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「ｖ」又は「x」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。 〕

般)アセトアミノフェン錠200mg　[頓服/頓用]　1回 2 錠
38℃以上の時　2回分

般)カルボシステイン錠250mg　1回 2錠（ 1日 6錠 ）
1日3回　朝昼夕食後　2日分

般)アンブロキソール塩酸塩錠15mg　1回 1錠（ 1日 3錠 ）
1日3回　朝昼夕食後　2日分

以下 余白

備考

診察券番号　9500110-E　診療科　眼科　1/1　頁
区分1　区分2　区分3
麻薬施用者免許番号：　TEL：
患者住所：

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「ｖ」又は「x」を記載すること。）
☐ 保険医療機関へ残薬照会した上で調剤　☐ 保険医療機関へ情報提供

「変更不可」欄に「ｖ」又は「x」を記載した場合は、「保険医署名」欄に署名又は記名・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	印	公費負担医療の受給者番号	

切り取り線

処方箋番号 10006　発行日時　22年12月26日 09詩34分

備　考
診察券番号 9500110-E　氏名　使用禁止　薬剤部テスト外来1　様

<<ご注意>>

患者さまへ

1.お名前を必ず確認して下さい。

2.医師の印のないものは無効です。

3.この処方箋を使用期間内に保険薬局にお持ち下さい。
使用期間を過ぎると、無効となります。

4.処方箋紛失等による再発行の場合は
定めにより、薬剤も含めて自費となります。