

処方せん

(この処方せんは本日およびこの会場のみ有効です)

20181
負担割合 10 割

P.1

公費負担者番号						保険者番号					
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					

新 郎	氏名	シロウ タロウ 新太郎 太郎	新 婦	氏名	シプ° ハコ 新婦 花子	披露宴会場の所在地及び名称 東京都千代田区 内幸町1-1-1 帝国ホテル 東京 電話番号 03-3504-1251
	生年月日	明大昭 28才 Nヶ月 1年 10月 17日生		生年月日	明大昭 28才 Nヶ月 1年 1月 7日生	
	性別	♂ 女		性別	♂ 男	



交付年月日	平成 30年 1月 7日	処方せんの使用期間	平成 年 月 日
-------	--------------	-----------	----------

処 方	変更不可	<p>〔 個々の処方箋について、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「✓」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。</p>
--------	------	--

備 考	保険医署名 [「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。] <div style="text-align: right; margin-top: 5px;">(印)</div>
--------	--

公費負担者番号					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。)
公費負担医療の受給者番号					<input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供
調剤済年月日	平成 年 月 日				
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名					

