

院外処方せん

(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							
公費負担区分の受給者番号							

保険者番号							
被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	(枝番)						

診療券番号 23900042 生年月日 昭和55年09月22日

性別 男 年齢 44歳 0ヶ月

カナ テストシンカントウウ

氏名 テスト 新患登録

段

区分 被保険者(保険種別:保険無し)

都道府県番号	4	3	高額表番号	1	医療機関コード	8	1	1	1	2	6	9
署名												

交付年月日 令和06年09月26日 使用期間 令和06年09月29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

処方箋	変更不可希望 (医療上必要)	個々の処方箋について、医療上の必要性があるため、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「レ」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。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。			
		処方箋番号	薬物名	投与回数	投与方法
	X	RP01	アリナミンF糖衣錠 25mg 【選定療養】医療上の理由(効能に差異がある)	1回 1T	(1日 1T)
	X	RP02	【般】フルスルチアミン錠25mg ★1日1回朝食後 モーピック錠 10mg 【選定療養】患者希望 ★1日1回朝食後 以下余白	3日分	1回 1T (1日 1T)
				1回 1T	(1日 1T)
				3日分	

保険医署名	[「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。]						
IBMSU	印						
保険薬局が調剤時に差戻を施認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) <input checked="" type="checkbox"/> 保険医療機関へ、対応協会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供							
麻薬施用者番号	患者住所						
調剤年度月日	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					

【患者様へ】院外処方せんに関する注意事項

●院外処方せんには使用期限があります。「交付年月日」を含めて4日間(別に指定のある場合を除く)でこの処方せんの**有効期限は令和06年09月29日です。**
期限内に保険調剤薬局へ提出ください。

紛失又は有効期限がきた場合には、院外処方せん料(自費)が発生します。

●後発(ジェネリック)医薬品へ変更をご希望の場合は各保険調剤薬局にてご相談下さい。

●下記の情報は保険調剤薬局でより安全にお薬を管理していくための有用な情報です。

知られたくない場合には、右半分を切り離し、左半分を提出して下さい。

保険調剤薬局への連絡事項

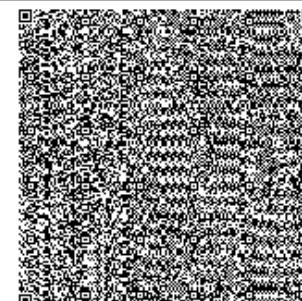
下記項目は、処方検査や服薬指導の際、ご活用ください。

交付年月日 令和06年09月26日	処方せんの 使用期間 令和06年09月29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
-------------------	---------------------------	--

変更不可希望 (医療上必要)	個々の処方薬について、医療上の必要性があるため、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「レ」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。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。
-------------------	--

処方箋	RP01 アリナミンF糖衣錠 25mg 【選定療養】医療上の理由(効能に差異がある) 【般】フルスルチアミン錠25mg ★1日1回朝食後 モーピック錠 10mg 【選定療養】患者希望 ★1日1回朝食後 以下余白	1回 1T (1日 1T)
	RP02 モーピック錠 10mg 【選定療養】患者希望 ★1日1回朝食後 以下余白	3日分
		1回 1T (1日 1T)
		3日分

保険調剤薬局からのコメント(薬剤師→医師)



処方内容については、各診療科に照会下さい(電話番号は左記)

疑義照会後に変更となった場合、処方変更内容は、

熊大FAXコーナーへ送信して下さい(FAX:096-364-4656)