

(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		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 (枝番)	
診療券番号 23900042	生年月日 昭和55年09月22日	保険医療機関の所在地及び名称	熊本県熊本市中央区本荘1-1-1 熊本大学病院
性別 男	年齢 44歳 0カ月	電話番号	096-344-2111(代)(病床数200床以上)
カナ テスト シカノウロウ			
氏名 テスト 新患登録	印	保険医氏名 IBMSU	印
区分 被保険者(保険種別:保険無し)		署名	

都道府県番号	4	3	点数表番号	1	医療機関コード	8	1	1	1	2	6	0
--------	---	---	-------	---	---------	---	---	---	---	---	---	---

【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、左半分を提出いただいても構いません。

保険調剤薬局への連絡事項

下記項目は、処方鑑査や服薬指導の際、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

処方	変更不可 患者希望 医療上必要	×	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	1回 1T (1日 1T) 3日分
		×	RP02	モービック錠 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) 3日分

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

処方	変更不可 患者希望 医療上必要	×	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	1回 1T (1日 1T) 3日分
		×	RP02	モービック錠 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) 3日分

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。

備考	保険医署名 IBMSU 印 [「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。]	
	保険薬局が調剤時に効果を鑑認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ発熱照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供	
	調剤済年月日	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

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)

