

# 処方せん 見本

1000555 (1)

## 処方箋

Page:1/1

内科

2018年05月10日  
14時55分51秒

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

(自費)

受給者番号 は市町村番号		保険者番号	
受給者医療又は老 年者の受給者番号		被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号	

イノテス 医事 テスト (555)	男	〒904-2195 沖縄県沖縄市字登川 の610番地 所在地及び名称社会医療法人 敬愛会 中頭病院 病200以上 電話番号 098-939-1300 保険医氏名 スーパーユーザー
昭和25年 3月 12日生 68歳 1ヶ月	女	

被保険者 ~~林 美穂~~ 10割 保険証番号 472201140000412737

交付年月日 平成30年 5月 10日 処方箋の  
使用期間 平成30年 5月 13日  
時に記載のある場合を除き、交付の日付を含め  
4日以内保険薬局に提出してください。

変更 不可	<small>※他の処方箋について、保険医署名（ジュネリック区署名）への変更は差し支えがあると判断した場合 には、「変更不可」欄に「●」または「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名、押印すること。</small>		
01	メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「TE」	1回	1錠 (1日 3錠)
	1日3回 朝昼夕食後		90日分
02	シヤヌビア錠50mg	1回	1錠 (1日 1錠)
	1日1回 朝食後		90日分
03	【般】アムロジピン口腔内崩壊錠2.5mg	1回	1錠 (1日 1錠)
	1日1回 朝食後		90日分
04	【般】アトルvastatin錠10mg	1回	1錠 (1日 1錠)
	1日1回 朝食後		90日分
- - - 以下余白 - - -			

保険薬局が調剤時に誤差を指摘した場合の対応（特に赤字がある場合は「●」又は「×」を記載すること。）  
 保険医署名欄へ記載し提出した上で調剤  保険医署名欄へ情報提供

処方箋調整し調剤後にFAXで情報提供

変更不可欄に「●」又は「×」を記載した場合、以下に署名又は記名、押印すること。

保険医署名 印