

<院外処方箋見本>

院 外 処 方 箋										(1 頁 / 1)	
8 0 5 4											
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)											
患者番号：						科 名 内科					
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							
患 者	フリガナ		テスト		保険医療機関の所在地及び名称		群馬県館林市成島町262番地の1 邑楽館林医療事務組合 公立館林厚生病院				
	氏名		○テスト		電話番号		0276 (72) 3140 (代表)				
	生年月日		令和01年04月03日 0歳0ヶ月 (男)		保険医氏名						
	区分		① 被保険者 ② 被扶養者 高一		処方箋の使用期間		特に記載のある場合を除き交付日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。				
交付年月日		令和01年04月18日		年月日							
処 方	変更不可 <input type="checkbox"/> [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。]										
	01 [般]ニフェジピン徐放錠20mg (24時間持続) 1錠 1日1回 朝食後 1日分										
----- 以下余白											
備 考	「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。										
	保険医署名 印										
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。） <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				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			