

処方箋

(控え＝使用できません)

分割指示に係る処方箋

分割の

枚目

|            |  |                    |  |
|------------|--|--------------------|--|
| 公費負担者番号    |  | 保険者番号              |  |
| 費負担者の受給者番号 |  | 被保険者証・被保険者手帳の記号・番号 |  |

患者 ID: aaat7

患 者  
ヨ ミ はちおうじ じろう  
氏 名 八王子 次郎 様

生年月日 昭和 48年 5月 12日 男  
区 分

処方箋の  
使用期間 平成 30年 9月 19日

東京都千代田区X-X-X  
じほう総合病院  
電話番号 03-3265-XXXX  
保険医氏名 薬剤師A (印)

交付年月日 平成 30年 9月 19日

特に記事のある場合を除き  
交付の日を始めて4日以内  
に「変更不可」欄に「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。

個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更し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。

1. 【般】セフカペンピボキシル塩酸塩100mg 3錠 5日  
1日3回食後

2. 【般】プロメタジン1.35%等配合非ピリン系感  
冒剤 3錠 5日  
1日3回食後

3. 【般】レバミピド錠100mg 3錠 5日  
1日3回食後

4. 【般】ロキソプロフェンNa錠60mg 3錠 5日  
1日3回食後

以下余白

備

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。）

（印）

調剤年月日 年 月 日

公費負担者番号

公費負担医療  
の受給者番号

備考

1. 「処方」の欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。  
2. この用紙は、日本工業規格 A 列5番を標準とすること。  
3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第66号）第1条の公費負担医療については、「保険医署名」とあるのは「公費負担医療の担当医師氏名」と読み替えるものとすること。

処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

分割指示に係る処方箋

分割の

枚目

|            |  |                    |  |
|------------|--|--------------------|--|
| 公費負担者番号    |  | 保険者番号              |  |
| 費負担者の受給者番号 |  | 被保険者証・被保険者手帳の記号・番号 |  |

患者 ID: aaat7

患 者  
ヨ ミ はちおうじ じろう  
氏 名 八王子 次郎 様

生年月日 昭和 48年 5月 12日 男  
区 分

処方箋の  
使用期間 平成 30年 9月 19日

東京都千代田区X-X-X  
じほう総合病院  
電話番号 03-3265-XXXX  
保険医氏名 薬剤師A (印)

交付年月日 平成 30年 9月 19日

特に記事のある場合を除き  
交付の日を始めて4日以内  
に「変更不可」欄に「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。

個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更し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。

1. 【般】セフカペンピボキシル塩酸塩100mg 3錠 5日  
1日3回食後

2. 【般】プロメタジン1.35%等配合非ピリン系感  
冒剤 3錠 5日  
1日3回食後

3. 【般】レバミピド錠100mg 3錠 5日  
1日3回食後

4. 【般】ロキソプロフェンNa錠60mg 3錠 5日  
1日3回食後

以下余白

備

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。）

（印）

調剤年月日 年 月 日

公費負担者番号

公費負担医療  
の受給者番号

備考

1. 「処方」の欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。  
2. この用紙は、日本工業規格 A 列5番を標準とすること。  
3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第66号）第1条の公費負担医療については、「保険医署名」とあるのは「公費負担医療の担当医師氏名」と読み替えるものとすること。