

処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です)

患者さんへ

この処方箋を1階中央受付計算窓口に提出して下さい。料金の精算時に病院印を押印の上、処方箋をお渡しします。

- 特に記載のある場合を除き、**交付の日を含めて4日以内**（土曜・休日を含む）に、保険薬局にこの処方箋を提出して下さい。
- お名前と内容をお確かめ下さい。
- 処方箋を紛失して再発行する場合には、保険が適用できず、診察料、処方薬料、薬代等の全額を自費で負担していただくこととなります。紛失しないようご注意ください。
- 後発医薬品がある薬で、先発医薬品の調剤を希望される場合は、**特別の料金を薬局でお支払いいただきます。保険薬局の薬剤師とご相談ください。**
- 本処方箋は電子処方箋には対応していません。正の処方箋となりますので必ず薬局へ提出して下さい。

【保険薬局宛】一般名処方箋の変更不可欄のレ点は、ないものとして取り扱って下さい。（疑義照会不要）

電子処方箋関連 引換番号【744426】が印字されている場合は

電子処方箋管理サービスに処方内容を送信してあります。今後の電子処方箋応需の準備として、処方内容を確認して下さい。投与量・単位を薬価基準収載単位とは別の単位（包、本、袋など）で処方している薬剤がありますので、必ず単位変換係数を確認して下さい。用法は、**ダミーコード0X0XXXXXXX0000（都度異なる用法名称をセットするコード）も使用しています。**

電子処方箋管理サービスから受信した内容と紙処方箋の内容（特に単位や単位変換係数等）が異なる場合は、薬剤部 03-5214-7633 までご連絡をお願いします。（薬品名や用法の細かい表記の違いについては連絡不要です）

処方内容（東京通信病院発行）

患者さん控え

処方日付 令和07年01月10日 氏名 テスト 電子処方箋1様 患者番号 6955010
東京通信病院 診療科名 内科 保険医氏名 テスト医師B
1) フリカゾノラカハルン酸点鼻液27.5ug120噴霧【般】 1本
鼻噴霧

以下余白

見本

印

きりとりせん

公費負担者番号		保険者番号	011330012
公費負担医療の受給者番号		記号・番号	110 1619920299x105 (21)

患者番号	6955010
フリガナ	テスト ドンゾウキョウ
患者氏名	テスト 電子処方箋1様
生年月日	令 02年 01月 01日 性別 男性
区分	被保険者

東京通信病院
〒102-8798
千代田区富士見2-14-23
電話03 (5214) 7111 (代表)
診療科名 内科
保険医氏名 テスト医師B
都道府県 番号 13 点数表 番号 1 医療機関コード 9516824

病院印
検印のないものは無効

交付年月日	令和07年01月10日	処方箋の使用期間	令和 年 月 日迄
変更不可 患者希望	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）への変更に差支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「X」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「X」を記載すること。	1) フリカゾノラカハルン酸点鼻液27.5ug120噴霧【般】 1本 鼻噴霧	以下余白
見本			

調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号	
保険薬局の所在地及び名称		公費負担医療の受給者番号	
保険薬剤師氏名		電子処方箋対応 引換番号: 744426	000

【一包化】と印字の場合は、錠剤・カプセル剤のみの一包化指示です。
処方内容の疑義照会等のお問い合わせ窓口 7538
東京通信病院薬剤部 TEL03-5214-7633 一般名処方箋の変更不可欄のレ点は、ないものとして取り扱って下さい。（疑義照会不要）