

引換番号:
999999

〒 市町村番号 公費負担者番号		保険者番号 9 9 9 9 9 9 9 9	
本人医療・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 9 9 9 9 (00)	

ID 999999		耳鼻咽喉科		所在地及び名称 JCHO 九州病院 電話番号 093-647-5111	
氏名	福岡 太郎	性別	男	保険氏名 黒崎 次郎 (印)	
生年月日	昭和49年06月23日生	年齢	(50歳8ヶ月)		
被保険者	加入	負担割合	3		

発行日 2025年06月23日		処方箋の使用期限 2025年06月26日	
-----------------	--	----------------------	--

個々の処方箋について、医療上の必要性があるため、当該医薬品（ジェネリック医薬品）への変更は差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。
 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「✓」又は「×」を記載すること。

1	01	(腎)	【服】	レボセチリジン塩酸塩錠5mg 1回1T(1日1T) 1日1回：寝る前 60 日分	
✓	02			ヒルドイドローション 0.3%(50g/本) 3本 1日数回 額	

* * 以下余白 * *

サフィル可 ☐ (国)

「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 黒崎 次郎		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「レ」又は「×」を記載すること。） ☐ 保険医療機関へ残薬搬送した上で調剤 ☐ 保険医療機関へ情報提供	
--	--	--	--

原則毎月調剤（原則調剤日にあつて、口）に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。
☐ 1回目調剤日（ 年 月 日） ☐ 2回目調剤日（ 年 月 日） ☐ 3回目調剤日（ 年 月 日）
 次回調剤予定日（ 年 月 日） 次回調剤予定日（ 年 月 日）

調剤実施者 免許証 調剤済年月日	第 号 患者 住所	公費負担者番号 公費負担医療の受給者番号
------------------------	-----------------	-------------------------

1 / 1

出力日 2025/06/23 10:10

＜機体検査結果＞（直近3か月の検査のみ）

[illegible]

＜身長・体重など＞

身長	176.3 cm	身長測定日	2014/ 8/11
体重	65.8 kg	体重測定日	2014/ 8/16
体表面積	9.99 m ²	体表面積計算式	
BMI	99.99		

保険薬局から病院・医師〈問い合わせ窓口 薬剤部FAX: 093-641-5139〉へ

右下の空欄が埋まっている場合こちらに記載

検査値16項目
(100日以内)

病院・医師から
保険薬局へ
特に薬局薬剤師に
説明してほしいことなど

保険薬局から
病院・医師へ
疑義照会あるいは
医師からの依頼に
対する回答・報告