

オーダー番号： 第01版
部門番号：
出力時刻：

処方箋（院外）
（この処方箋は、どの薬局でも有効です。）
0000000005
1/1

公費負担者番号 又は市町村番号		保険者番号	
公費負担医療又は 老人医療の受給者番号		被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号 (枝番)	
氏名		保険医療機関の 徳島県鳴門市撫養町黒崎字小谷32番 所在地及び名称 徳島県鳴門病院	
区分		電話番号 [088] 683-0011	
		診療科名	
		保険医氏名	
交付年月日 令和6年12月02日		処方箋の 使用期限 令和6年12月05日	
変更不可 (医療上必要)		患者希望	
処方		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）処方へ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「レ」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、患者の希望と随え、先行医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。	
備考		麻薬施用者番号 () (回) 患者住所	
		保険医署名 [「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。]	
		保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特 別がある場合は「レ」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 checked="" type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供、残薬調整後の報告可	
調剤実施回数（調剤回数に応じて、□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。）		公費負担者番号	
□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）		公費負担医療又は 老人医療の受給者番号	
調剤済年月日		交付日を含めて4日以内に保険薬局に提出して 下さい。	
保険薬局の 所在地及び 名称 保険薬剤師 氏名			

処方箋に関する注意事項

- 処方箋の使用期限は、交付日を含め4日間（土日祝日を含む）です。期限内に保険薬局でお薬をお受け取りください。記載の使用期限を過ぎた場合、お薬を受け取ることができません。
- 処方箋の再発行は、自費の場合もありますので、ご了承ください。

保険薬局への連絡事項

- 疑義照会等については、処方医へお問い合わせください。
電話：088-683-0011（代表）

残薬調整後の報告可が追加になっております

地方独立行政法人 徳島県鳴門病院
〒772-8503 徳島県鳴門市撫養町黒崎字小谷32番
TEL 088-683-0011（代表）