

107583

飢

方

廿

# h

(この処方せんは どの保険薬局でも有効です。)

負擔：30%

[illegible]

|       |      |                        |      |                                                                     |                        |                                                        |             |
|-------|------|------------------------|------|---------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------------------------------------|-------------|
| 患者    | 氏名   | ケンカイ クスオ<br>玄海 九州男     |      | 東京都中央区築地一丁目13番<br>11号 高橋ビル2階<br>慶友銀座クリニック<br>03-3542-3387<br>銀座 凡太郎 |                        |                                                        |             |
|       | 生年月日 | 明・大・昭・平<br>46年4月9日 男・女 |      | 電話番号                                                                | 03-3542-3387<br>銀座 凡太郎 |                                                        |             |
|       | 区分   | 被保険者                   | 被扶養者 | 保険医氏名                                                               |                        |                                                        |             |
|       |      |                        |      | 都道府県<br>番号                                                          | 点数表<br>番号              | 1                                                      | 医療機関<br>コード |
| 交付年月日 |      | 平成27年2月24日             |      | 処方せんの<br>使用期間                                                       |                        | 特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて<br>4日以内に保険薬局に提出すること。<br>平成 年 月 日 |             |

個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更には差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」、または「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。

|    |      |                                                                                          |      |
|----|------|------------------------------------------------------------------------------------------|------|
|    | 変更不可 | 【内服】<br>アレジオン錠20                      1T<br>分1 就寝前;翌朝眠たくなれば<br>夕食前後や夕方等調整し服用<br>-----7日分 | 変更不可 |
| 処方 |      | 【内服】<br>ジネナック錠200mg                  2T<br>分1 夕食後<br>-----7日分                            |      |
|    |      | 【内服】<br>カリックD錠10mg                    2T<br>分2 朝食後と夕食後<br>-----7日分<br>(以上)               |      |
| 方  |      | 名前なし                                                                                     |      |

保険医署名「変更不可」欄に「レ」または「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。

備  
考

印

← 押印

（注）葉氏正時2521-8888電話。葉同負 担当者告知並領P1427

土日祝休診

|                         |                         |                  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------|-------------------------|------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 調剤済年月日                  | 平成      年      月      日 | 公費負担者番号          |  |  |  |  |  |  |  |
| 保険薬局の所在地及び名称<br>保険薬剤師氏名 | 印                       | 公費負担医療の<br>受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |



B

107583

処

方

せ

ん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

負担:30%

|                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 公費負担者番号          |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 保険者番号                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 公費負担医療の<br>受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 被保険者証・被保険<br>者手帳の記号・番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|        |      |                        |      |       |                    |                                           |                        |             |  |  |  |  |  |
|--------|------|------------------------|------|-------|--------------------|-------------------------------------------|------------------------|-------------|--|--|--|--|--|
| 患<br>者 | 氏名   | ケンカイ クスオ<br>玄海 九州男     |      |       | 保険医療機関の<br>所在地及び名称 | 東京都中央区築地一丁目13番<br>11号 高橋ビル2階<br>慶友銀座クリニック |                        |             |  |  |  |  |  |
|        | 生年月日 | 明・大・昭・平<br>46年4月9日 男・女 |      |       |                    | 電話番号                                      | 03-3542-3387<br>銀座 凡太郎 |             |  |  |  |  |  |
|        | 区分   | 被保険者                   | 被扶養者 | 保険医氏名 |                    |                                           |                        |             |  |  |  |  |  |
|        |      |                        |      |       | 都道府県<br>番号         | 点数表<br>番号                                 | 1                      | 医療機関<br>コード |  |  |  |  |  |

|       |            |               |                                                        |  |  |  |  |
|-------|------------|---------------|--------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| 交付年月日 | 平成27年2月24日 | 処方せんの<br>使用期間 | 特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて<br>4日以内に保険薬局に提出すること。<br>平成 年 月 日 |  |  |  |  |
|-------|------------|---------------|--------------------------------------------------------|--|--|--|--|

|                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更にあたり差し支えがあると判断した場合には、<br>「変更不可」欄に「レ」または「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。 |                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 変更不可                                                                                                  | 変更不可                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 処<br>方                                                                                                | <p>【内服】</p> <p>× アレ<sup>●</sup>オン錠20 1T<br/>分1 就寝前；翌朝眠たくなれば<br/>夕食前後や夕方等調整し服用<br/>-----7日分</p> <p>【内服】</p> <p>× シ<sup>●</sup>ニナック錠200mg 2T<br/>分1 夕食後<br/>-----7日分</p> <p>【内服】</p> <p>× カ<sup>●</sup>ックD錠10mg 2T<br/>分2 朝食後と夕食後<br/>-----7日分</p> <p>(以上)</p> |

|                                                    |                                                   |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 備<br>考                                             | 保険医署名「変更不可」欄に「レ」または「×」を記載した場合は、<br>署名又は記名・押印すること。 |
|                                                    | 銀座 凡太郎 印 ← 押印なし                                   |
| (注) 薬価表時3524-8082に電話。薬局名・担当者告知必須 FAX3524-<br>土日祝休診 |                                                   |

|                  |          |                  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------|----------|------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 調剤済年月日           | 平成 年 月 日 | 公費負担者番号          |  |  |  |  |  |  |  |
| 保険薬局の所在<br>地及び名称 |          | 公費負担医療の<br>受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 保険薬剤師氏名          |          |                  |  |  |  |  |  |  |  |



負擔: 30%

|                         |                                                                                                                            |                                                                                  |                                                                 |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 公費負担者番号                 |                                                                                                                            | 保険者番号                                                                            |                                                                 |
| 公費負担医療の<br>受給者番号        |                                                                                                                            | 被保険者証・被保険<br>者手帳の記号・番号                                                           |                                                                 |
| 患<br>者                  | 氏 名                                                                                                                        | ケンカイ クスオ<br>玄海 九州男                                                               |                                                                 |
|                         | 生年月日                                                                                                                       | 明・大・昭・平<br>46年4月9日 男・女                                                           |                                                                 |
|                         | 区 分                                                                                                                        | 被保険者                                                                             | 被扶養者                                                            |
|                         | 保険医療機関の所在地及び名称 東京都中央区築地一丁目13番<br>11号 高橋ビル2階<br>慶友銀座クリニック<br>電話番号 03-3542-3387<br>銀座 凡太郎<br>保険医氏名<br>都道府県番号 点数表番号 1 医療機関コード |                                                                                  |                                                                 |
| 交付年月日                   |                                                                                                                            | 平成27年2月24日                                                                       | 処方せんの使用期間<br>特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。<br>平成 年 月 日 |
| 処<br>方                  | 個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」または「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。                             |                                                                                  |                                                                 |
|                         | 変更不可                                                                                                                       | 変更不可                                                                             |                                                                 |
|                         | ×                                                                                                                          | 【内服】<br>アレ <sup>○</sup> オン錠20 1T<br>分1 就寝前；翌朝眠たくなれば<br>夕食前後や夕方等調整し服用<br>-----7日分 |                                                                 |
|                         | ×                                                                                                                          | 【内服】<br>シ <sup>●</sup> ニナック錠200mg 2T<br>分1 夕食後<br>-----7日分                       |                                                                 |
| ×                       | 【内服】<br>カ <sup>●</sup> リックD錠10mg 2T<br>分2 朝食後と夕食後<br>-----7日分<br>（以上）                                                      |                                                                                  |                                                                 |
| 備<br>考                  | 保険医署名「変更不可」欄に「レ」または「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。<br>銀座 凡太郎<br>（注）薬変更時2554-2222に電話。薬同名・担当者名必須<br>土日祝休診                         |                                                                                  |                                                                 |
| 調剤済年月日                  |                                                                                                                            | 平成 年 月 日                                                                         | 公費負担者番号                                                         |
| 保険薬局の所在地及び名称<br>保険薬剤師氏名 |                                                                                                                            | 印                                                                                | 公費負担医療の<br>受給者番号                                                |



D

107583

処

方

せ

ん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

負担: 30%

|                                                                                             |      |                                                                                                                                                                                                                                 |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 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                                                                                          | 氏名   | ケンカイ クスオ<br>玄海 九州男                                                                                                                                                                                                              |  |
|                                                                                             | 生年月日 | 明・大・昭・平<br>46年4月9日 男・女                                                                                                                                                                                                          |  |
|                                                                                             | 区分   | 被保険者 被扶養者                                                                                                                                                                                                                       |  |
| 保険医療機関の所在地及び名称                                                                              |      | 東京都中央区築地一丁目13番<br>11号 高橋ビル2階<br>慶友銀座クリニック<br>電話番号 03-3542-3387<br>銀座 凡太郎                                                                                                                                                        |  |
| 保険医氏名                                                                                       |      | 都道府県番号 10 点数表番号 1 医療機関コード 02060000                                                                                                                                                                                              |  |
| 交付年月日                                                                                       |      | 平成27年2月24日                                                                                                                                                                                                                      |  |
| 処方せんの使用期間                                                                                   |      | 平成 年 月 日                                                                                                                                                                                                                        |  |
| <p>特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。</p>                                               |      |                                                                                                                                                                                                                                 |  |
| <p>個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更には、<br/>「変更不可」欄に「レ」または「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。</p> |      |                                                                                                                                                                                                                                 |  |
| 処方                                                                                          | 変更不可 | 変更不可                                                                                                                                                                                                                            |  |
|                                                                                             | ×    | <p>【内服】</p> <p>× クラット錠500mg 1T<br/>分1 夕食後<br/>-----3日分</p> <p>【外用】</p> <p>× アロイヤー点鼻液50μg 8.5mg 8.5g 1瓶<br/>左右1噴霧ずつ(1日4回)<br/>-----</p> <p>【内服】</p> <p>× フェソフェナシン塩酸塩錠60mg「SANIK」 2T<br/>分2 朝食後と夕食後<br/>-----14日分</p> <p>(以上)</p> |  |
|                                                                                             | 方    |                                                                                                                                                                                                                                 |  |
| <p>保険医署名「変更不可」欄に「レ」または「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。</p> <p>銀座 凡太郎 印</p>                        |      |                                                                                                                                                                                                                                 |  |
| <p>(注) 変更時3324-3333に電話。薬局名・担当者告知必須FAX03-3333-3333 土日祝休診</p>                                 |      |                                                                                                                                                                                                                                 |  |
| 調剤済年月日                                                                                      |      | 平成 年 月 日                                                                                                                                                                                                                        |  |
| 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                                                                                     |      | 印                                                                                                                                                                                                                               |  |



押印あり



E

107583

処

方

せ

ん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

負担: 30%

|                                                                                                    |                                                                      |                                                                                                                                                                             |      |                                                           |           |                                                                      |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------|-------------|
| 公費負担者番号                                                                                            |                                                                      |                                                                                                                                                                             |      | 保険者番号                                                     |           |                                                                      |             |
| 公費負担医療の<br>受給者番号                                                                                   |                                                                      |                                                                                                                                                                             |      | 被保険者証・被保険<br>者手帳の記号・番号                                    |           |                                                                      |             |
| 患<br>者                                                                                             | 氏名                                                                   | ケンカイ クスオ<br>玄海 九州男                                                                                                                                                          |      | 保険医療機関の 東京都中央区築地一丁目13番<br>所在地及び名称 11号 高橋ビル2階<br>慶友銀座クリニック |           |                                                                      |             |
|                                                                                                    | 生年月日                                                                 | 明・大・昭・平<br>46年4月9日 男・女                                                                                                                                                      |      | 電話番号 03-3542-3387<br>銀座 凡太郎                               |           |                                                                      |             |
|                                                                                                    | 区分                                                                   | 被保険者                                                                                                                                                                        | 被扶養者 | 保険医氏名                                                     |           |                                                                      |             |
|                                                                                                    |                                                                      |                                                                                                                                                                             |      | 都道府県<br>番号                                                | 点数表<br>番号 | 1                                                                    | 医療機関<br>コード |
| 交付年月日                                                                                              |                                                                      | 平成27年2月24日                                                                                                                                                                  |      | 処方せんの<br>使用期間                                             |           | 特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて<br>4日以内に保険薬局に提出すること。<br>平成 年 月 日               |             |
| 個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差し支えがあると判断した場合には、<br>「変更不可」欄に「レ」または「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。 |                                                                      |                                                                                                                                                                             |      |                                                           |           |                                                                      |             |
| 処<br>方                                                                                             | 変更不可                                                                 | 【内服】<br>ア・シ・オン錠20 1T<br>分1 就寝前；翌朝眠たくなれば<br>夕食前後や夕方等調整し服用<br>-----7日分<br>【内服】<br>シ・ニ・ナック錠200mg 2T<br>分1 夕食後<br>-----7日分<br>【内服】<br>カ・リ・ックD錠10mg 2T<br>分2 朝食後と夕食後<br>-----7日分 |      |                                                           | 変更不可      | 【内服】<br>× イソ・イト・シロップ° 70%分包3<br>0ml 3包<br>分3 毎食後<br>-----7日分<br>(以上) |             |
|                                                                                                    | 保険医署名 「変更不可」欄に「レ」または「×」を記載した場合は、<br>署名又は記名・押印すること。<br>銀座 凡太郎 印 → 押印済 |                                                                                                                                                                             |      |                                                           |           |                                                                      |             |
|                                                                                                    | (注) 薬名変更時 3.3.2.4 8.6.8.2.4 電話 薬局名・担当名告知必須 03-3542-3387<br>考 土日祝休診   |                                                                                                                                                                             |      |                                                           |           |                                                                      |             |
| 調剤済年月日                                                                                             |                                                                      | 平成 年 月 日                                                                                                                                                                    |      | 公費負担者番号                                                   |           |                                                                      |             |
| 保険薬局の所在<br>地及び名称<br>保険薬剤師氏名                                                                        |                                                                      |                                                                                                                                                                             |      | 公費負担医療の<br>受給者番号                                          |           |                                                                      |             |



F

107583

処

方

せ

ん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

負担: 30%

|                  |  |                        |  |
|------------------|--|------------------------|--|
| 公費負担者番号          |  | 保険者番号                  |  |
| 公費負担医療の<br>受給者番号 |  | 被保険者証・被保険<br>者手帳の記号・番号 |  |

|                  |      |                        |      |                                                        |                                           |                        |
|------------------|------|------------------------|------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------|
| 患者               | 氏名   | ケンカイ クスオ<br>玄海 九州男     |      | 保険医療機関の<br>所在地及び名称                                     | 東京都中央区築地一丁目13番<br>11号 高橋ビル2階<br>慶友銀座クリニック |                        |
|                  | 生年月日 | 明・大・昭・平<br>46年4月9日 男・女 |      |                                                        | 電話番号                                      | 03-3542-3387<br>銀座 凡太郎 |
|                  | 区分   | 被保険者                   | 被扶養者 |                                                        | 保険医氏名                                     |                        |
| 交付年月日 平成27年2月24日 |      |                        |      | 都道府県<br>番号                                             | 点数表<br>番号 1                               | 医療機関<br>コード            |
| 使用期間             |      |                        |      | 特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて<br>4日以内に保険薬局に提出すること。<br>平成 年 月 日 |                                           |                        |

個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更にあたり差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」または「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。

|    |      |                                                                                                                                                                                              |      |                                                                         |
|----|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------|
| 処方 | 変更不可 | <b>【内服】</b><br>アレ●オン錠20 1T<br>分1 就寝前；翌朝眠たくなれば<br>夕食前後や夕方等調整し服用<br>-----7日分<br><b>【内服】</b><br>シ●ニナック錠200mg 2T<br>分1 夕食後<br>-----7日分<br><b>【内服】</b><br>カ●ックD錠10mg 2T<br>分2 朝食後と夕食後<br>-----7日分 | 変更不可 | <b>【内服】</b><br>× イ●イトシロップ70%分包3<br>0ml 3包<br>分3 毎食後<br>-----7日分<br>(以上) |
|----|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------|

|    |       |                                                        |
|----|-------|--------------------------------------------------------|
| 備考 | 保険医署名 | 「変更不可」欄に「レ」または「×」を記載した場合は、<br>署名又は記名・押印すること。<br>銀座 凡太郎 |
|    | (注)   | ※本薬剤は、2024年6月30日まで有効。薬局名・担当者名は必ず記載すること。<br>土日祝休診       |

|                             |          |                  |  |
|-----------------------------|----------|------------------|--|
| 調剤済年月日                      | 平成 年 月 日 | 公費負担者番号          |  |
| 保険薬局の所在<br>地及び名称<br>保険薬剤師氏名 |          | 公費負担医療の<br>受給者番号 |  |

印