

ID : 0095000059		処方箋 (この処方箋は、どの薬局でも有効です。)		1/1	
公費負担者番号 又は市町村番号		保険者番号		0000	
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			
氏名 テスト イジ 39 様 昭和63年01月01日 35 才 男性		保険医療機関の 所在地及び名称 札幌市白石区本通9丁目南1番1号 恵佑会札幌病院		TEL / FAX(代表) [011]863-2101 / 863-1032 TEL (歯科) [011]863-2105	
区分 被保険者		診療科名 外科		保険医氏名 薬品マスタ検証	
交付年月日 令和5年12月29日		郵送利用 番号 01 点検表 番号 1 コード 05113942		④	
処方箋の 使用期限 令和 年 月 日		特に記載のある場合を除き交付日を含めて 4日以内に保険薬局に提出して下さい。			
変更不可		[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」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】グリメピリド錠1mg ・・・1日1回 朝食後 以下余白		1錠 10日分 ↓ 5日分			
サフィル可 ☐ (回)					
備考		麻薬施用者番号 患者住所 [「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。] 保険医署名 ④			
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。） □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）		公費負担者番号 又は市町村番号			
調剤済年月日		公費負担医療又は 老人医療の受給者番号			
保険薬局の 所在地及び 名称 保険薬剤師 氏 名		患者電話番号			

＜必ずお読みください＞

★患者様への院外処方せんに関する注意事項

- この処方せんは、「院外処方せん」です。どちらの保険薬局（調剤薬局）でも有効です。
- 「処方せん」の有効期限は、交付日を含めて**4日以内です（土日祝日を含む）**。
記載の有効期限を過ぎた場合、保険薬局でお薬を受け取ることはできません。
- 「処方せん」の再発行は出来ません。
紛失された場合、期限が切れた場合は、再受診が必要となり費用負担が生じます。
- 事前に「処方せん」をFAXや携帯などの通信機器で送った場合でも、
保険薬局でのお薬の受け取りには、この「処方せん」が必要です。

★保険調剤薬局への連絡事項

- 疑義照会について
原則 8:45-17:00(代表)011-863-2101 (歯科)011-863-2105 にて処方医へお問い合わせください。
- その他、薬局向け案内を当院薬剤科HPに掲載しております。QRコードからも参照できます。
- 処方修正については、下記の当てはまる事項に記入し、そのまま
FAX(011-864-1032)にてお願い致します。

患者からの同意 ☒ 得た 保険薬局(名称)：恵佑会調剤薬局 TEL： 011-864-1032
☐ 得ていない 担当薬剤師： 恵佑会 札幌

契約に基づき、以下について疑義照会を省略致しました。ご確認をお願い致します。

☆処方修正内容	
☐ 別規格製剤がある場合の規格の変更	☐ 一包装
☐ 週1回あるいは月1回服用の指示のある薬の処方日数	☒ 残薬による処方日数調整
☐ 用法・用量	☐ 外用薬の用法
☐ その他 内容を記載	
★修正箇所 詳細を処方せん写しに記入をお願いします。	

処方内容のQRコード

