

院外処方箋

市町村番号・ 公費負担者番				保険者番号		自費							
老人医療・ 公費負担医療 の受給者番号				被保険者資格に係る 記号・番号									
患 者 の 保 険 者 の 保 険 証 の 写 真	ID	内科			京都府京都市上京区釜座通丸太町 保険医療機関の 上ル春帯町355番地の5								
	氏名	カマンザ テスト ミチコ 金座テスト 道子 殿 女			所在地及び名称 京 都 第 二 赤 十 字 病 院								
	生年月日	平成23年01月10日生 (15歳4ヶ月)			電 話 番 号 075-231-5171								
	社会保険	国保	被保険者	負担割合	10	保 険 医 氏 名 薬 剤 部 医 師 (印)							
都道府県 番号		2	6	点数表 番号	1	医療機関 コード	9	7	0	0	0	1	2
発 行 日		2026年06月01日			処方箋の使用期限		2026年06月04日						
変更不可 希望 記入		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。											
処 方	01) 【般】ロキソプロフェンNa錠60mg 1回1錠(1日3錠) 【般】テブレノンカプセル50mg 1回1Cap(1日3Cap) 1日3回朝昼夕食後 28 日分 ** 以下余白 **												
	リフィル可 ☒ (3 回) (※リフィル処方箋とは、症状が安定している患者に発行し、最大3回まで反復利用できる処方箋)												
備 考	同意したプロトコルに基づいた調剤可 リフィル1回につき28日間として 【一包化】					「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載した場合、署名又は記名・押印すること。 保険医署名							
	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。） ☐ 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 ☒ 調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供												
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）													
麻薬施用者 免 許 証		第		号		患者 住所		212-5171					
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 保険薬剤師氏名										公費負担医療 の受給者番号			



《患者さんへ》処方せんには【**使用期限**】があります。ご注意ください。
下記は、お薬を安全にご使用いただくために参考となる検査結果を表示しています。

[illegible]

身長	cm	測定日	体重	kg	測定日	体表面積	m ²	BMI
----	----	-----	----	----	-----	------	----------------	-----

成分禁忌名称	更新日	成分禁忌名称	更新日	成分禁忌名称	更新日
ピリン系	25/11/23				

[illegible]

病院⇔保険薬局連絡欄

《保険薬局へ：連絡先について》 疑義照会：処方医（075-231-5171（代））
相談・問合せ・報告等：薬剤部（TEL:075-212-6940、FAX:075-212-6113）