

処方箋

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

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 性別 生年月日 区分	患者番号	社会医療法人三栄会 三栄会広畑病院 兵庫県姫路市広畑区夢前町3丁目1番1 電話番号 079-230-0008	
	氏名	医師名 全科 管理者 印	
	性別 男	保険医療機関での 自己負担区分	
	生年月日 令和1年5月1日 5才	都道府県 番号	
区分	2割	28	点数表 番号
交付年月日	令和7年3月11日	1	医療機関 コード
処方箋の 使用期間	令和7年3月14日	4	0
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 提出すること。		2	2
01 ビオフェルミン配合散		5	3
・・・1日3回毎食後		1 g 3 日分	
*** 以下余白 ***			
リフィル可 □ (回)			
備考	「変更不可」欄に「レ」又は「×」に記載した場合は、署名又は記名・押印すること。		
備考	6歳		
備考	保険医署名 印		
備考	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「×」に記載すること。)		
備考	□ 保険医療機関へ薬価照会した上で調剤 □ 保険医療機関へ情報提供		
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)			
調剤済年月日		公費負担者番号	
令和 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	
保険薬剤師名 印			



4月か

オーダNo. 20250311001810-1

疑義照会につきましては、FAXにてお問い合わせください。

三栄会広畑病院 代表 TEL(079)230-0008

FAX(079)287-9351 (9時～15時)

(079)287-9359 (15時～17時)