

平成29年8月8日

近隣調剤薬局各位

院外処方箋サイズ変更について

平素より調剤業務についてご協力をいただきありがとうございます。

この度当院では、下記のとおり変更させていただきます。関係者の皆様のご理解とご協力をお願いいたします。

また、変更前同様、処方箋が2枚に亘る場合には、A4の処方箋が2枚発行されますので、ご承知おきください。

記

変更日	救急外来 平成29年9月1日(金) 作業終了後 一般外来 平成29年9月4日(月)
変更内容	院外処方箋A5サイズからA4サイズに変更 (詳細は別添のとおり)

〒222-0036

横浜市港北区小机町 3211

独立行政法人労働者健康安全機構

横浜労災病院

TEL 045-474-8111 (代)

FAX 045-474-8323

処方せん

患者番号: 0009992131 (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 又は市町村番号									
公費負担医療又は 老人医療の受給者番号									

保険者番号	9	1	0	0	0	0	0	0
被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	労災(短期)							

氏名	ン 2131 ン 2131* 様 平成20年10月31日 7才 女性		
区分	被保険者	負担割合	0割

〒222-0036
神奈川県横浜市港北区小机町3211
所在地及び名称 **横浜労災病院**
電話番号 045-474-8111(代)
診療科名 内科
保険医氏名 医師 001

都道府県番号	14	点数表番号	1	医療機関コード	14000029
--------	----	-------	---	---------	----------

交付年月日	平成28年05月17日	処方せんの使用期間	平成28年05月20日
-------	-------------	-----------	-------------

変更不可	[個々の処方薬について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更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) フスコデ配合シロップ 12ML 1回 4ML (1日 12ML) ・・・1日3回 朝・昼・夕食後 以下余白 7日分	

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「×」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 type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供	
	患者住所	
	麻薬施用者番号	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。]

調剤済年月日		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		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号						
交付日を含めて4日以内に保険薬局に提出して下さい。								

患者さんへ 《ご注意》

1. 処方せんには使用期間があります。期間内に院外の保険薬局で調剤を受けてください。
2. 使用期限切れ、紛失等による処方せんの再発行は、定めにより自費となります。

保険薬局へ

この処方せんに関する問い合わせ、主治医への報告は、薬剤部まで FAX をお願いします*。

FAX	045-474-8024 (薬剤部)
TEL	045-474-8111 (代表)



FAX 送信の際は患者氏名の部分をマスキングしてください

◎ どちらかにVをいれてください		<input type="checkbox"/> 問い合わせ	<input type="checkbox"/> 主治医への報告 (回答不要)
保険薬局名称	FAX :		
	TEL :		
送信日時	年	月	日 時 分 担当薬剤師:
◎ 回答	返信日時	年	月 日 時 分 担当薬剤師:
<input type="checkbox"/> 処方せん通りの調剤をお願いします。 <input type="checkbox"/> 下記の通りに変更をお願いします。			

※下記診療科への問い合わせは、当院に電話のうえ、直接処方医へ照会してください。

変更があった場合には、変更内容を薬剤部に FAX してください。

腫瘍内科・緩和支援療法科・消化器内科・消化器病センター・呼吸器内科・呼吸器外科
心療内科・小児科・形成外科・皮膚科・耳鼻咽喉科・歯科口腔外科