



会員各位

平成 25 年 10 月 11 日(金)

公立藤田総合病院 薬剤部

電子カルテシステム更新に伴う院外処方箋記載の変更について

平成 25 年 10 月 15 日(火)から発行の院外処方箋の記載が変更されます。

変更点

① 1 回量と 1 日量が併記されます。

② 【原薬量】の追加表記記載となります。mg の場合 従来の(力価)表示です。

3		院外処方箋		頁: 1 / 1		
公費負担者番号			保険者番号 0 6 1 3 0 0 9 0			
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 2 0 7 4 6 0 1 4			
患 者	患者 ID	90000019		内科		
	氏名	*スト *ンジャ2 ●スト ●ンジャ2 (男)		保険医療機関の 福島県伊達郡国見町 大字塚野目字三本木14 所在地及び名称 公立藤田総合病院		
	年齢	28歳 7ヶ月		電話番号 024-585-2121		
	生年月日	昭60年03月10日	患者負担	社保	国保	保険医氏名 NEC 医師 印
	区分	組合 本人	3割	都道府県番号 07 点数表番号 1 医療機関コード 20111154		
交付年月日	平成25年10月10日		処方箋の使用期間	この処方箋の有効期間は 年 月 日 交付の日を含めて4日間です。		
薬名	麻薬施用者免許番号: 1234567890					
処 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。 〕					
	01	モルヒネ塩酸塩錠 10mg		3錠		
		1回 1錠(1日 3錠) 1日3回: 毎食後		3日分		
02	アレピアチン散 10%		200mg			
	1回 100mg(1日 200mg) 【原薬量】 1日2回: 朝夕食後		3日分			
	以下余白					
備考	「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。					
患者住所					保険医 署名	

○ ご案内

FAXコーナーに  
FAXするか、直接  
なお、FAXでお送  
りますので、必

※この処方箋  
(土、日、  
に提出し  
※4日を過  
なります。

保険者番号

06130090

複写