

運転等の制限がある薬剤のコメント印字例

01版 1/1

処方せん

(この処方せんは、どこの保険薬局でも有効です)

保険医療機関の 岩国市愛宕町一丁目1番1号
 所在地及び名称 独立行政法人 岩国医療センター
 国立病院機構
 電話番号 0827-34-1000 (代表)

患者番号
 カナ氏名
 氏名
 生年月日

保険医師名

印

交付年月日	2016年10月28日	診療科	内科
-------	-------------	-----	----

使用期間	※特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて ※ 4日以内に保険薬局に提出してください。		
------	---	--	--

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)への変更が支えがあると判断した場合に
 は、「変更不可」欄に「レ」または「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。)

処 方	1) *アダラートCR錠 (20mg) (院外専用)..... 1錠 分1 朝食後 7日分
	2) アリセプトD錠 (5mg)..... 1錠 注) 運転等の危険を伴う作業には従事しないこと 分1 朝食後 7日分
	以下余白

高一

備考

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。]

印

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

保険医療機関へ情報提供

保険薬局の所在地及び名称

保険薬剤師名及び調剤年月日

印