

# お薬処方希望プリント

記入日：2020年 月 日

ID：

氏名：

電話番号：

普段お使いの電話番号をご記入ください。  
0422-22-1232より電話後の処方となります。

現在の症状とかゆみ・痛みの状態について記入ください

処方を希望する薬の名前を記入ください。

(**薬剤名**を記載ください。薬のフタの色・「前回と同じ」等の不明瞭な記載では薬剤名が判断できませんので処方不可能です。)

(**処方希望量**をご記入ください。「前回と同じ」等の不明瞭な記載では処方不可能です)



裏面もご記入ください  
注意事項もご確認ください

交付希望日時：            月    日            時

- ・ 当プリント使用可能なかたは
  - ・ **当院のIDをお持ちの方**
  - ・ **3ヶ月以内に受診歴のある方で  
前回受診時に  
2週間以上の処方を受けた            または  
薬がなくなってから受診            とされた方**以上該当するかたのみになります。
- ・ 記入事項にすべて記載された上で提出ください。
- ・ 一部に記載のない場合および電話で連絡がつかない場合には処方箋を交付できないことがあります。
- ・ **受付可能時間は診療時間内**となります。
- ・ 交付可能日時は**翌診療日以降の診療時間内**となります。
- ・ 診療時間外の受付は行っておりませんのでご注意ください。
- ・ 郵送・投函・シャッターの下投げ入れその他の方法では受付は行なえませんので、ご注意ください。
- ・ 即時交付希望の場合は、午前一般外来よりご予約ください。
- ・ 電話連絡後の処方となります。電話に出ていただけない場合は処方できませんのでご注意ください。



**わがは**  
ひふ科クリニック