



写メ処方せん受け付けます！

事前に薬局に処方せんを送りたいけれど、ご自宅にFAXのない方。時間を有効利用したい方・・・。

「写メ」による処方せんの受付を始めました！

<使用方法>

①携帯電話・スマートフォンでこちらのQRコードを読み取ってください。



マルゼン薬局 * 京橋店

メール作成画面が開きます。
【名前】【電話番号】【来局予定日時】
 を入力し、
処方せん写真を添付して送信してください

* お願い *

処方せん全体が見えるように撮影してください
 処方せん1枚につき、写真を1枚撮影してください

②お薬のご用意ができましたら、
 電話かメールにてご連絡させていただきます。

③処方せん原本を持って、気を付けてご来局ください。

<注意事項>

- * 処方せんの有効期間は、処方日を含めて4日間です。
- * お薬のお受け取りは、処方せんの有効期間内をお願いします。
- * お薬の内容によっては、お時間をいただく場合があります。
- * インターネット・メール等の通信費用はご利用者様負担となります。

処 方 せ ん										
<small>(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)</small>										
公費負担番号						保険者番号				
公費負担診療 の受給者番号						保険者証・保険者 番号の記号・番号				
姓	氏名					保険医療機関の 所在地(〒)と名称	電話番号			
生年月日	年	月	日	男・女		保険者氏名				
区分	保険種別	保険種別	保険種別	保険種別	保険種別	交付済 番号	在籍済 番号	診療機関 コード		
交付年月日	平成	年	月	日	処方せんの 発行期間	平成	年	月	日	保険診療の 受給者 番号 と 公費負担 番号 との 一致 を 確認 し て お く な さ い
処方 方 向	薬の処方量について、処方箋裏面(フロッピーディスク裏面)への記載に照し支えたり変更したりした場合は、 には、「変更不可」欄に「V」又は「X」を記載し、「保険医療者名」欄に署名又は捺印・押印すること。									
備考	保険医療者名(「変更不可」欄に「V」又は「X」を記載した) には、「署名不可」欄に署名又は捺印・押印すること。									
調剤年月日	平成	年	月	日	公費負担番号					
保険医療の 所在地 と 名称						公費負担診療 の 受 給 者 番 号				