



# 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 \* 桃谷店

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 者手続の記号・番号							
姓	氏名		保険医療機関の 所在地(〒)と公費		電話番号		保険医氏名		
生年月日	年	月	日	男・女	〒		〒		
区分	保険種別	保険種別	処方せんの 番号	診療 番号	診療 科目	診療 科目	診療 科目	診療 科目	診療 科目
交付年月日	平成	年	月	日	処方せんの 発行年月日		平成	年	月
処方不明	<small>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)への記載に照し又は異なる記載した場合                      には、「処方不明」欄に「V」又は「X」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は捺印・押印すること。</small>								
備考	保険医署名(「処方不明」欄に「V」又は「X」を記載した 場合は、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				
保険薬局の所在 地及び支店 保険医別氏名					公費負担診療 の受給者番号				