



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。



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

マルゼン薬局 * 西三国店

* 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(〒)と名称		電話番号				
生年月日	年	月	日	男・女	保険医氏名				
区分	保険診療	保険外診療	処方せんの 発行番号	処方せ ん番号	診療科目 (コード)				
交付年月日	平成	年	月	日	処方せんの 発行年月日	平成	年	月	日
処方 方	薬の処方量について、処方箋裏(フロッピーディスク裏)への書き出しと異なる点がある場合は、 処方箋裏(フロッピーディスク裏)に「R」又は「K」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は捺印・押印すること。 注：「変更不可」欄に「R」又は「K」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は捺印・押印すること。								
備考	保険医署名(「変更不可」欄に「R」又は「K」を記載した) 〔会社印、署名又は捺印・押印すること。〕								
交付年月日	平成	年	月	日	公費負担番号				
保険薬局の所在 地及び名称 保険医氏名					公費負担診療 の受給者番号				