



# 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 \* 消防署前店

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にお願います。
- \* 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								
公費負担医療 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 所在地及び公費							
生年月日	年	月	日	男・女	電話番号	保険医氏名				
区分	保険種別	保険種別	処方せんの 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 発 行 期	平成	年	月	日	保険医療機関 の名称 〒
処方不明	備考欄について、処方箋番号 (フーネック番号) への宛先に記入又は記入しなかった場合は、「 処方不明」欄に「V」又は「X」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記号・押印すること。									
保険医署名	【署名は、署名又は記号・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 番 号					公費負担医療 の 受 給 者 番 号					