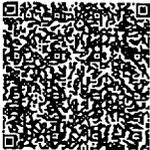


公費負担者番号		保険者番号	3	9	2	8	2	0	4	1
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・保険証 添付紙の記号・番号	・13845391							

患者氏名	マカワ 貞子 松浦 貞子		保険医療機関の所在地及び名称	〒663-8107 兵庫県西宮市瓦林町20-13 医療法人社団わしお耳鼻咽喉科			
	生年月日	昭和06年12月05日	電話番号	0795-56-8733			
区分	被保険者	被扶養者	保険医氏名	藤尾 有司			
		市区町村番号	28	点数表番号	1	医療機関コード	0923868



交付年月日	令和08年02月13日	処方箋の使用期間	令和 年 月 日
-------	-------------	----------	----------

変更不可 (変更上必要)	患者希望	<p>個々の処方箋について、医療上の必要性があるため、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更には差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。</p> <p>【内服】* ムコダイン錠500mg 3錠 1日3回毎食後服用 14日分</p> <p>【内服】* 【般】 プランルカスト錠225mg 2錠 1日2回朝・夕食後服用 14日分</p> <p>----- 以下余白 -----</p> 
-----------------	------	--

保険医署名	「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。	診療科	指定無し
負担率	10% (高9)		
<input type="checkbox"/> 保険薬局が調剤時に残薬を渡した場合は対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること)		<input type="checkbox"/> 保険医療機関へ送付型をした上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供	

調剤年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号	
保険薬局の所在地及び名称		公費負担医療の受給者番号	
保険薬局師氏名	(印)		

おはなクリニック ; 06-4950-4731

26-02-26; 11:59 ; アイン薬局 関西労災病院前店