9/ 4 - 9/17

9187

処方箋

（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）

公費負担者番号	
公費負担医療の受給者番号	

保険者番号	3	9	2	8	1	0	1	9

被保険者資格に係る記号・番号 ・ 00641795 （枝番）

患者

フリガナ	イイオ トヨコ		
氏名	飯尾 豊子 M40		
生年月日	昭和 4年10月31日	男・女	
区分	本人	家族	負担割合 2割
交付年月日	令和 8年 8月27日	有効期限のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提示すること。	
処方箋の使用期間			

保険医療機関の所在地及び名称 兵庫県神戸市東灘区 御影2-2-9御影時枝ビル2F あつしクリニック

電話番号 078-854-7038

保険医氏名 志田尾 敦

都道府県番号	2	8	点数表番号	1	医療機関コード	0	1	0	6	5	5	5

処方

変更不可	処方医指定

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）への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」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「✓」又は「×」を記載すること。

Rp. 1（内）

【般】クエチアピン錠25mg 0.5 錠 定期

~~【般】ロラゼパム錠1mg~~ 【般】トラゾドン(25) 0.5 錠 ~~頓~~ 4~

【般】ゾピクロン錠7.5mg 1 錠

【般】ラメルテオン錠8mg 1 錠

分1 就寝前

残薬調整後の報告可 × 14日分

以下余白

※ 変更定期からでOK

リフィル処方箋＝【 繰リフィル処方箋とは、医師が指定している患者に対し、最大3回まで反復利用できる処方箋 】

備考

麻薬使用の場合 患者住所

麻薬施用者免許番号 高8

「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。

保険医署名 （印）

保険薬局が調剤時に処置を省略した場合の対応（欄に指示がある場合は「✓」又は「×」を記載すること。）
□保険医療機関へ疑義照会した上で調剤。 □調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供

薬剤服用期間（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び第1回目服用の予定日を記載すること。）
□1回目調剤日（ 年 月 日） □2回目調剤日（ 年 月 日） □3回目調剤日（ 年 月 日）
次回調剤予定日（ 年 月 日） 次回調剤予定日（ 年 月 日）

調剤済年月日		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	
保険薬局の開設者氏名	（印）		

0D0012B1010655500000682302