NO. 0944

9011 9/ 4- 処 8/17 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	2	1	2	8	6	0	2	6	保険者番号	3	9	2	8	1	0	1	9
公費負担医療の受給者番号	5	4	0	2	3	2	6		後期高齢者医療の被保険者証・認定証の記号・番号	・08002206 （枝番）							

患者

フリガナ / 氏名	ﾔﾏｶﾞﾐ ｱﾔﾊ 影山 綾羽 M40	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御影時技ビル2F あつしクリニック
生年月日	昭和12年 1月 1日 男・女	電話番号	078-854-7038
区分	本人 / 家族	保険医氏名	志田尾 敦
負担割合	割	都道府県番号	28
交付年月日	令和 8年 8月27日	点数表番号	1
処方箋の使用期間		医療機関コード	0106555 5

※特に記載のある場合を除き、交付日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。

変更不可 / 患者希望

調剤した薬剤について、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）への変更に難色を示されてい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、後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。

処方

Rp. 1（内）
デパケン細粒４０％ 0.25 g
【般】メマンチン塩酸塩錠１０ｍｇ 1 錠
分１ 夕食前
メマンチン粉砕化
残薬調整後の報告可
動間薬剤管理指導 × 14日分

Rp. 2（内）
【般】クエチアピン細粒５０％ 0.025 g
分１ 就寝前 × 14日分

以下余白

（注）Rp1、Rp2は一包化

~~リフィル処方箋 日（ 回）~~（リフィル処方箋とは、薬局が発行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 ㊞

保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特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 □調剤する薬剤を限定した上で保険医療機関に情報提供

調剤実施回数（調剤日数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。）
□1回調剤分（ 年 月 日） □2回調剤分（ 年 月 日） □3回調剤分（ 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	
保険薬剤師氏名	㊞		

0000128101065550000682096

1 / 1