

処方箋

No. - 1 (この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

6188

1 割

公費負担者番号						保険者番号	3	9	2	8	2	0	6	6
公費負担医療の受給者番号						保険医療機関 合字綴の記号・番号	06044986							

患者	氏名	神部 敏子				保険医療機関 園の所在地 及び名称	神戸市東灘区本山南町8丁目1-8 かわさき整形外科クリニック							
	生年月日	昭和	92才	6ヶ月	男	電話番号	078-436-0672							
	区分	被保険者	被扶養者	診療月	2	8	診療回数	1	0	1	0	7	5	0

交付年月日	令和 8年 2月 24日	処方箋の 使用期間	年 月 日
-------	--------------	--------------	-------

処方	患者希望	処方箋の 必要事項	<p>個々の処方箋について、医療上の必要があるため、(後発医薬品(ジェネリック医薬品)の 一並し、「保険医療機関」欄に署名又は記号を捺印すること。また、患者の希望を踏まえて、 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。</p> <p>*【般】セレコキシブ錠 100mg 2 錠 ムコスタ錠 100mg 2 錠 1日2回朝夕食後 7日分</p> <p>*【般】ケトプロフェンテープ 28 枚 40mg (10×14cm非温感) 部位：右肩、上肢など 1日1回貼 用 7日分</p> <p style="text-align: right;">【以下余白】</p>											
----	------	--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

備考	高9	保険医療機関 (「○」又は「×」を記載すること。)	<p>薬剤名(回数) (調剤回数) に応じて、□に「○」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。</p> <p>□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]</p> <p>□4回目調剤日 [年 月 日] □5回目調剤日 [年 月 日] □6回目調剤日 [年 月 日]</p>											
----	----	------------------------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

備考	高9	保険医療機関 (「○」又は「×」を記載すること。)	<p>調剤薬局(調剤時に署名を記載した 場合の対応) (調剤に指示がある場合は 「○」又は「×」を記載すること。)</p> <p><input type="checkbox"/> 保険医療機関へ連絡照会した上で調剤</p> <p><input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供</p>											
----	----	------------------------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



;0784143361
 岸本もはなクリニック
 ;パネットスタイルケア グラウンド甲南山手
 26-02-24;15:09

(印)