

9132

9/4-9/17 処 方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

処方者番号									
処方者番号									

保険者番号	3	9	2	8	1	0	1	9
保険者資格に係る 記号・番号	.00019661 (扶養)							

フリガナ	村松 ラウ		
氏名	岡本 徹子 M570		
生年月日	昭和 5年 2月 11日	男・女	男・女
区分	本人	家族	負担割合 I 割
交付年月日	令和 8年 8月 27日		
処方箋の 使用期間	※二週間のある場合を指す。 処方の日を含めて1日以内に 保険薬局に提出すること。		

保険薬局の 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
電話番号	あつしクリニック 078-854-7038
保険医氏名	志田尾 敦

処方箋 番号	28	点数表 番号	1	保険範囲 コード	0106555
-----------	----	-----------	---	-------------	---------



処方箋 内容	Rp. 1(内) 【般】クエチアピン錠 12.5mg 0.25 錠 トリンテリックス錠 10mg 0.25 錠 セレニカR顆粒 40% 0.1 g 分1 朝食後 残薬調整後の報告可 訪問薬剤管理指導 × 14日分 Rp. 2(内) クービピック錠 25mg 1 錠 分1 就寝前 × 14日分 以下余白 (注) Rp1、Rp2は一包化
-----------	---

保険薬局の場合 患者住所	
保険薬局者免許番号	
変更不可 欄に「/」又は「X」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	
保険医印	
保険医印	
保険医印	※保険医が処方した薬剤に残薬を調整した場合の減額 (特に指示がある場合は「/」又は「X」を記載すること。) □ 減額を調整した上で調剤 □ 調剤する薬剤を減額した上で調剤 (保険医の署名・押印すること。) □ 調剤する薬剤を減額した上で調剤 (保険医の署名・押印すること。) □ 調剤する薬剤を減額した上で調剤 (保険医の署名・押印すること。)
調剤年月日	公費負担者番号
調剤年月日	公費負担者の 受給者番号

0000128101065550000682246