

6780

【負担 1割】

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

保険者番号 39282041

保険者番号 02932515

患者氏名	工藤 キヨ子	性別	女
生年月日	昭和7年11月3日 93歳	保険医氏名	柳澤 嘉伸

区分 (被保険者) 被扶養者 保険番号 2810925616

処方年月日 令和8年8月20日 処方年月日 令和 年 月 日

処方	1 【般】 メマンチン塩酸塩口腔内崩壊錠5mg 分1, 夕食後 21日分	1.5錠
方	2 ボルズイ錠5mg 分1, 就寝前 14日分	0.5錠
	以下、余白	

備考	保険医署名 (「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合、署名又は記名・押印すること。)	高9
	麻薬使用患者住所と麻薬施用者免許番号	

公費負担者番号	
公費負担医療の受給者番号	
調剤済年月日	令和 年 月 日
保険薬局の所在地及び名称	
保険薬剤師氏名	



施設名 GK I D1197
 保有・GE・先 開始日 8/28 -
 DO・変更 ボルズイ IT ★ボルズイ
 ↓ 9/4 -
 0.5Tへ