

整形外科 (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		保険者番号	39271283
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	18589085

氏名 **ザン ムズ 織田 瑠璃子** 男 (印)
 生年月日 **昭和 3年 4月 22日** 生 **97歳** 10ヶ月
 交付年月日 **令和 8年 2月 26日** 使用期間 **令和 8年 3月 1日**
 保険医療機関の所在地及び名称 **大阪府大阪市港区磯路1丁目7番1号 大坂みなと中央病院**
 電話番号 **06-6572-5721**
 保険医氏名 **今村 史明** (印)

交付年月日	令和 8年 2月 26日	処方箋の 使用期間	令和 8年 3月 1日
区 分	被 保 険 者 被 扶 養 者	割	1 割
郵 送	郵 送	郵 送	郵 送

処方 名	01 ボクシノ経口薬 35mg 1日1回 朝食後 1週間に1回	1包	13分
	02 【般】アムロジピン 錠0.5μg 1日1回 朝食後	1錠	90日分
	03 ☆☆一包化して ください☆☆ 以下余白		

リファル可 (一回)
 保険薬局が調剤時に処方箋を提出した場合は「リ」又は「キ」を記載すること。
 公費負担と負担先がある場合は「リ」又は「キ」を記載すること。
 加算・下算の種別を記載し、署名又は記名・押印すること。
 保険医署名 患者住所 (印)

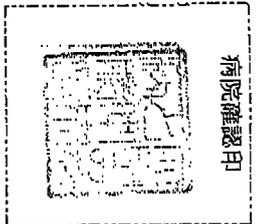
調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号	
調剤回数 (調剤回数に応じて「リ」又は「キ」を記載すること)	□1回目調剤日 (年 月 日) □2回目調剤日 (年 月 日)	公費負担医療の受給者番号	
次回調剤予定日 (年 月 日)	□3回目調剤日 (年 月 日)		

調剤済年月日 令和 年 月 日
 調剤回数 (調剤回数に応じて「リ」又は「キ」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)
 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
 調剤回数 (調剤回数に応じて「リ」又は「キ」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)
 公費負担者番号
 公費負担医療の受給者番号

電子処方箋対応
引換番号: 118961

患者様へ

* 本処方箋の有効期限は、交付日を含めて4日間です。



1. 会計窓口へ提出し、「病院確認印」をお受けください。
 ※薬局の方へ
 下記の「病院確認印」がない場合は、病院医事課外来係へ連絡をお願い致します。
 また、左側の伝票番号ご確認をお願いします。伝票番号が同一の処方箋を2部以上受け取られた薬局様は、薬剤部までご連絡ください。

2. お名前、処方内容を確認してください。
 「保険調剤」、「基準薬局」
 できるだけ早く薬局 (「処方箋受付」)、「処方箋を持ちになり、処方箋と引き換えにおくすりをお受け取りください。

3. お近くの薬局に、この処方箋を切り離さずにお持ちになってください。
 いつもご利用される薬局 (かかりつけ薬局) に行かれることをお勧めします。

4. 薬局で、処方箋と引き換えにおくすりをお受け取りください。
 ※処方箋は切り離さず、そのまま薬局へお出しください。

保険 (保険番号、公費負担等) について
 電話 06-6572-5721 (代表: 医事課)
 診療・調剤に関する疑義・質問について
 FAX 06-6572-5725 (薬剤部)

