9113 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。）

公費負担者番号	
公費負担医療の受給者番号	
保険者番号	3 9 2 8 1 0 1 9
被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	・14406326 （仮番）

患者
- フリガナ：ハマグチ サヲエ
- 氏名：濱口 佐智恵 M2/3
- 生年月日：昭和21年12月27日 男・女
- 区分：本人 家族 負担割合 2割
- 交付年月日：令和 8年 8月27日
- 処方箋の使用期間：特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。

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御影時枝ビル2F あつしクリニック
電話番号：078-854-7038
保険医氏名：志田尾 敦

都道府県番号	2 8	医療機関番号	1	医療機関コード	0 1 0 6 5 5 5 5

処方

変更不可 後発品変更可能 患者希望

医師の処方薬について、医学上の必要性があるため、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に消し支えがあ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」欄に必名又は記名・押印すること。また、患者のお望みを踏まえ、先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。

Rp. 1（内）
- デエピゴ錠１０ｍｇ 1 錠
- レキサルティＯＤ錠１ｍｇ 1 錠
- ヒルナミン錠（５０ｍｇ） 1 錠
- 【般】オランザピン口腔内崩壊錠１０ｍｇ 1 錠
- 分１ 就寝前 × 14日分

Rp. 2（内）
- ヒルナミン錠（５ｍｇ） 2 錠
- 分１ 昼食後
- 残薬調整後の報告可
- 訪問薬剤管理指導 × 14日分

Rp. 3（内）
- 【般】デュロキセチンカプセル２０ｍｇ 3カプセル
- 分１ 朝食後 × 14日分

以下余白

（注）Rp1、Rp2、Rp3は一包化

（※リフィル処方箋とは、症状が安定している患者に発行し、最大3回まで繰返し利用できる処方箋）

備考

保険薬局への提出年月日：年 月 日

保険薬局使用の場合 患者住所

保険薬局使用者処計番号 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後発を検討した場合の対応（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 □調剤する薬剤を記載した上で保険医療機関に情報提供

処方箋有効期間（調剤回数）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回調剤済み（年 月 日） □2回目調剤済み（年 月 日） □3回目調剤済み（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

保険薬局の所在地及び名称

保険薬剤師氏名 ㊞

公費負担者番号

公費負担医療の受給者番号

0000128101065550000682104