

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

△貸付組番号							
△貸付組医療 の受給者番号							

保険者番号	3	9	2	8	1	0	1	9
賠償請求権に係る 証券番号	. 1 6 5 9 4 6 9 9 (抜粋)							

NO. 09445

患 者	フリガナ 氏 名	木 和 小野 佐江子 M311		
	生年月日	昭和16年 8月 8日		男・ ☒
者	区 分	本 ^①	家族	負担割合 2割
	交付年月日	令和 8年 8月 27日		療へ送附のある場合診療費、 2割の日を含めて1割の日に て負担割合に据えること。
処方箋の				

兵庫縣神戸市東灘区
御影2-2-9御影時枝ビル2F

あつしクリニックス
電話番号 078-854-7038

保 険 医 氏 名 志 田 尾 敦

都道府県 番号	2	8	市町村 番号	1	郵便局 コード	0	1	0	6	5	5	5
------------	---	---	-----------	---	------------	---	---	---	---	---	---	---



処方箋	患者氏名	〇〇〇〇〇〇		
	年齢性別	〇〇歳 男		
処方	処方内容	〇〇〇〇〇〇について、医療上の必要性があるため、後述の薬を（ジェネリック薬品）への処方に差し替えたいと希望する場合は、「変更可能」欄に「○」又は「×」を記載し、「医師の署名」欄に署名又は花押、押印すること。 また、処方内容の変更を希望する場合は、処方箋発行を拒否した場合には、「処方拒否」欄に「○」又は「×」を記載すること。		
	処方内容	Rp. 1(内) デエビゴ錠 2.5mg 2 錠 【般】クエチアピン錠 25mg 1 錠 分1 就寝前 残余調整後の報告可 訪問薬剤管理指導 × 14日分		
処方	処方内容	Rp. 2(内) 【般】メマンチン塩酸塩口腔内崩壊錠 5mg 4 錠 デパケンR錠 100mg 4 錠 分4 毎食後・就寝前 × 14日分		
	処方内容	Rp. 3(内) リスベリドン 0.5mg 口腔内崩壊錠 0.5 錠 分1 朝食前 × 14日分 以下余白 (注) Rp1、Rp2、Rp3は一包化		

備	解薬処理の場合 患者住所	 
	医薬品用免許番号 高 8	
考	変更不可 欄に「/」又は「X」を記載した場合は、署名又は記名/用付すること。	 
	保続医署名 (印)	
医薬品が調剤中に医薬品を繰出した場合の対応（括弧内表示がある場合は「/」又は「X」を記載すること。） □保続医調剤用→医薬品を繰出した上で調剤 □調剤する薬剤を繰出した上で保続医調剤に情報伝送 調剤薬剤の調剤（調剤回数に応じて、□に「1」又は「X」を記入するとともに、調剤有及び調剤調剤予定日を記載すること） ☐調剤調剤日（ 年 月 日） ☐調剤調剤日（ 年 月 日） ☐調剤調剤日（ 年 月 日） ☐調剤調剤日（ 年 月 日） ☐調剤調剤日（ 年 月 日） ☐調剤調剤日（ 年 月 日）		
調剤年月日		公費負担番号 公費負担者の 名称及び住所 (印)