

電子処方箋対応
引換番号: 365563

処方箋

1 / 2

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

負担: 20%

DB631284(FL20200226091B40521)

P. 001/002

FAX番号:

2026/02/26/木 14:28

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 7 1 0 7 7		被保険者証・被保険者 手帳の記号・番号		-14087514 (枝番)	
患 者	氏名	ヤマダ リウヘイ 山田 宗平		保険医療機関の 所在地及び名称		大阪府大阪市西区九条南2丁目2-21 医療法人佐々木会 佐々木内科ウ リニック		電話番号		06-6585-2373	
	生年月日	昭和 15年7月6日		男	保険医氏名		佐々木 敏作		都道府県 番号		27
	区分	被保険者	被扶養者	点数表 番号		1	医療機関 コード	1802914		印	
交付年月日		令和 8年2月26日		処方箋の 使用期間		特記記載のある場合を除き、交付の日を合せて4日以内に保険 薬局に提出すること。					
如 方	速更不可 医療上 必要	患者希望	<p>【内服】</p> <p>トラゼンタ錠5mg 1T</p> <p>エフィエント錠3.75mg 1T</p> <p>【般】エソメプラゾールカプセル10mg 1C</p> <p>分1 朝食後</p> <p style="text-align:right">-----7日分</p> <p>ミヤBM錠 2T</p> <p>分2 朝・昼 食後</p> <p style="text-align:right">-----7日分</p> <p>【般】沈降炭酸カルシウム錠500mg(高リン血症用) 6T</p> <p>分3 朝・昼・夕 食後</p> <p>(次ページへ続く - 1ページ目)</p> <p>---リフィル可日(---回)---</p>								
	備考		高8 一包化		処方情報				印 「速更不可」欄に「V」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残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「V」又は「×」を記載すること。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供							
		調剤実施回数(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) □次回調剤予定日(年 月 日)									
調剤済年月日		令和 年 月 日		公費負担者番号							
保険薬局の所在地 及び名称				公費負担医療の 受給者番号							
保険薬剤師氏名				印							

969_120416_2028022608/049521

P. 002/002

公費負担者番号						保険者番号	3	9	2	7	1	0	7	7
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	-14087514 (枝番)							

患 者	氏名	ヤマダ ソウヘイ 山田 宗平		保険医療機関の 所在地及び名称 大阪府大阪市西区九条南2丁目2-21 医療法人佐々木会 佐々木内科ク リニック											
	生年月日	昭和 15年7月6日	男	電話番号	06-6585-2373										
	区分	被保険者	被扶養者	保険医氏名	佐々木 敏作										



交付年月日	令和 8年2月26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。											
-------	------------	--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FAX番号:

処 方	変更不可 医面上 必要	患者希望	<p>【 個々の処方箋について、医面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(差し替え)があること 判断した場合には、「変更不可」欄に「V」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。また、患 者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「V」又は「×」を記載すること。】</p> <p>(前ページより続く - 2ページ目)</p> <p>-----7日分</p> <p>【般】レボセチジン塩酸塩錠5mg 1T</p> <p>【般】シロトシン錠2mg 1T</p> <p>分1 夕食後</p> <p>-----7日分</p> <p>(毒)ウフレチド錠5mg 0.5T</p> <p>分1 朝食後</p> <p>-----7日分</p> <p>(以下 余白)</p> <p style="text-align: center;">リフィル可 □ (一回)</p>											
--------	-------------------	------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

備 考	処方情報												
	保険医署名	<p>【 「変更不可」欄に「V」又は「×」を記載した 場合は、署名又は記名・押印すること。】</p> <p style="text-align: right;">印</p>											

保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「V」又は「×」を記載すること。)
 保険医療機関へ発薬照会した上で調剤 保険医療機関へ情報提供

調剤実施回数(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) 次回調剤予定日(年 月 日)

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

2026/02/26/木 14:29