

9176

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		保険者番号	3	9	2	8	2	0	4	1
公費負担医療の受給者番号		保険医療機関に係る 記号・番号	10472827 (支店)							
患者氏名	フリガナ 神島 美和子		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							
生年月日	昭和16年 1月12日		あつしクリニック 電話番号 078-854-7038							
区分	本人 家族 負担割合 3割		保険医氏名 志田尾 敦							
交付年月日	令和 8年 8月25日		市道庁 番号 28 点数表 番号 1 医療機関 コード 0106555							
処方箋の 使用期間	特記事項のある場合を除き、 交付の日を含めて4日以内に 医療機関に提出すること。									
処方	処方の処方箋について、医療上の必要性があるため、後述医薬品（ジェネリック医薬品）への変更を差し支えがあると 判断した場合には、「変更不可」欄に「/」又は「x」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「/」又は「x」を記載すること。									
方	Rp. 1(内) 【般】ドネペジル塩酸塩口腔内崩壊錠 5mg 1 錠 【般】スルピリド錠 50mg 0.5 錠 分1 朝食後 残薬調整後の報告可 × 14日分 Rp. 2(内) デパス錠 0.5mg 1 錠 分1 就寝前 × 14日分 以下余白									
備	麻薬使用の場合 患者住所 麻薬施用者免許番号 高7 「変更不可」欄に「/」又は「x」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 (印) 保険薬局が調剤時に様子を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「/」又は「x」を記載すること。） □保険医療機関へ送付し、処方箋を提出した上で調剤 □調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供 調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「/」又は「x」を記載すること。） 調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。） □1回調剤日（ 年 月 日） □2回調剤日（ 年 月 日） □3回調剤日（ 年 月 日） 次回調剤予定日（ 年 月 日） 次回調剤日（ 年 月 日）									
考	調剤済年月日 保険薬局の所在地及び名称 (印) 公費負担者番号 公費負担医療の 受給者番号									

0000128101065550000681775