

処 方 箋

21497-0

(この処方箋はどの保険薬局でも有効です)

26-02-21; 11:04

ハズレタケルカフ ケンザン山王薬局

カトー薬局神戸店

; 0788550772

1/1

公費負担者番号						保険者番号	3	9	2	8	1	0	1	9	
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	10033702								(印)

患者	氏名	カスガ エミコ 中筋 恵美子			保険医療機関の所在地及び名称 神戸市東灘区住吉本町1-7-2 石橋1* 2F 医療法人社団 のだ整形外科クリニック 電話番号 (078)858-8208 保険医氏名 野田 太 (印)					
	生年月日	昭和 7年 9月 3日	女							
	区分	国	被保険者							
交付年月日	令和 8年 2月 21日				郵便府県番号	28	点数費番号	1	医療機関コード	0106308

処方	処方箋の 使用期間	令和 年 月 日 (付に記載のある場合を除き、交付の日を含め4日以内に保険薬局に提出すること)
方		1 【般】セレコキシブ錠 (100mg) 2錠 1日2回朝夕食後 14日分 2 クリージエ錠5mg 2錠 1日2回朝夕食後 14日分 3 ロザシテブ 100mg 10cm×14cm 28枚 患部へ貼布1日 2枚 以下 余白

備考	高9	保険薬局と連携を希望した場合の対応 (付に面示がある場合「A」「B」を記載) <input type="checkbox"/> 異業団会した上で薬剤 又情報提供 「実費不可」欄に「し」または「N」を記載した場合、署名又は記号・押印すること
	調剤年月日	令和 年 月 日
	調剤回数	<input type="checkbox"/> 1回目 年 月 日 <input type="checkbox"/> 2回目 年 月 日 <input type="checkbox"/> 3回目 年 月 日 <input type="checkbox"/> 4回目 年 月 日 <input type="checkbox"/> 5回目 年 月 日
	調剤場所	公費負担者番号
	調剤氏名	公費負担医療の受給者番号

おはなクリニック

26-02-21; 11:06