

26-08-26; 12:19 : 日本調剤 東海薬局 おはなクリニック

9263

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	2	0	6	6
保険者資格に係る 記号・番号	07718000							(注)

患 者 氏 名	フリガナ 御川 哈爾美 氏 名 御川 哈爾美			保険者資格の 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		
生年月日	昭和11年 6月23日		男・女	男・女			
区分	本人	家族	負担割合	1割			
交付年月日	令和 8年 8月25日		特記事項のある場合を除き、 交付の日を含めて1日以内に 保険薬局に提出すること。				
処方箋の 使用期間			処方期間 番号 2 8 点検表 番号 1 保険医氏 コード 0 1 0 6 5 5 5				

変更不可 の薬と 希望	例々の処方箋について、医療上の必要性があるため、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更が認められると 判断した場合には、「変更不可」欄に「○」又は「×」を記載し、「保険医氏名」欄に署名又は記名・捺印すること。 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「×」を記載すること。	
処方	Rp. 1(内) レキサルティOD錠0.5mg 0.5 錠 朝0.25、昼0.25 分2 朝・昼食後 × 14日分 2) (服) X274r OD (5) 0.5T 夕后 X 21T	

備考	添薬使用の場合 患者住所		
備考	添薬使用の者 免許番号		
備考	高9		
備考	「変更不可」欄に「○」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・捺印すること。		
備考	保険医署名		
保険薬局が調剤時に薬剤を確認した場合の対応（特記事項がある場合は「○」又は「×」を記載すること。） □保険薬局に調剤を依頼した場合に調剤 □調剤する薬剤を減量した上で保険医氏名欄に情報提供 調剤回数（調剤回数に添えて、□に「○」又は「×」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

0000128101065550000681825