

# 処方箋

院外処方箋に関するお問い合わせは下記をお願いします。

調剤関係: FAX (06)6443-3569

保険関係: FAX (06)6443-3533

(この処方箋は、どの保険薬局) 0005826207  
でも有効です

公費負担者番号									
公費負担医療者の受給者番号									

保険者番号	3	9	2	7	1	0	6	9
被保険者資格に係る記号・番号	1 1 7 6 9 3 1 2 (枝番)							

患者氏名	カンザキ ショウイチロウ
	神崎 祥一郎
生年月日	1938年01月23日
性別	被保険者 88歳 1月 男性

保険医療機関の 所在地及び名称 大阪市西区江之子島2丁目1番54号  
公益財団法人日本生命済生会 日本生命病院  
電話番号 代表 06(6443)3446

神経精神科  
保険医氏名 青木 保典  
(200床以上)



交付年月日	令和8年02月26日	処方箋の使用期限	令和8年03月01日	記載のない場合は、交付日を含め4日以内に保険薬局に提出のこと
-------	------------	----------	------------	--------------------------------

処方	変更不可 (※前上必用)	患者希望	[ <small>個々の処方箋について、歴史上の必要性があるため、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更は無し又はあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「X」を記載し、「保険証写本」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「レ」又は「X」を記載すること。</small> 1) 【般】ロフレブ 酸エトル錠 1mg 0.5錠 7日分 ... 1日1回 ねる前 ... 粉砕しないで下さい 2) 【般】ラルゲオン錠8mg 1錠 7日分 ... 1日1回 ねる前 3) 【般】マンチン塩酸塩錠 20mg 1錠 7日分 ... 1日1回 夕食後 - 次ページへ続く - 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「レ」又は「X」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 サンプル可 <input type="checkbox"/> (一回)       ]
	(薬名・分量・用法・用量)		

備考	麻薬施用者番号	高9
	「変更不可」欄に「レ」または、「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		

調剤実施回数 (調剤回数に応じて、□に「レ」又は「X」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		公費負担者番号							
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名		公費負担医療者の受給者番号							



# 処方箋

院外処方箋に関するお問い合わせは下記にお願いします。

調剤関係：FAX (06)6443-3569

保険関係：FAX (06)6443-3533

(この処方箋は、どの保険薬局) 0005826207  
でも有効です

公費負担者番号									
公費負担者 の受給者番号									

保険者番号	3	9	2	7	1	0	6	9
被保険者資格に係る記号・番号	1 1 7 6 9 3 1 2 (枝番)							

患者氏名	氏名	カンザキ ショウイチロウ 神崎 祥一郎
	生年月日 性別区分	1938年01月23日 被保険者 88歳 1月 男性

保険医療機関の 所在地及び名称 大阪市西区江之子島2丁目1番54号  
公益財団法人日本生命済生会 日本生命病院  
電話番号 代表 06(6443)3446

神経精神科  
保険医氏名 青木 保典  
(200床以上)



交付年月日	令和8年02月26日	処方箋の使用期限	令和8年03月01日	記載のない場合は、交付日を含め4日以内に保険薬局に提出のこと
-------	------------	----------	------------	--------------------------------

処方	変更不可 (原則上必用)	患者希望	[ 以下の処方箋について、原稿上の必要性があるため、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更は強し文えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医療機関」欄に署名又は記名・押印すること。また、患者の病状を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。 ]
	(薬名・分量・用法・用量)		<p>4) 【般】 ロラゼパム錠0.5mg 1錠 14回分 ・・・不安時</p> <p>5) 【般】 モサプリドクエン酸錠5mg 1錠 7日分 ・・・1日1回 朝食後</p> <p>以下余白</p> <p style="text-align: right;">2/2</p> <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「レ」又は「×」を記載すること。)</p> <p><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</p> <p>サマール可 <input type="checkbox"/> (一回)</p>

備考	麻薬施用者番号	高9
	「変更不可」欄に「レ」または、「×」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		

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		公費負担者番号						
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名		印	公費負担者 の受給者番号					