9/ 4- 9/17

9185

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 1 0 1 9
国民健康保険法に係る記号・番号	・D0002800 （社国）

患者

フリガナ	イエダ マサコ
氏名	家田 昌子
生年月日	昭和12年 1月23日 男・女
区分	本人 家族 負担割合 3割
交付年月日	令和 8年 8月27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。

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 あつしクリニック

電話番号 078-854-7038

保険医氏名 志田尾 敦

都道府県番号	医療機関番号	医療機関コード
2 8	1	0 1 0 6 5 5 5

処方

変更不可（疾病上の理由）	患者希望	
		個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）への変更に差し支えがあ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「×」を記載すること。

Rp. 1（内）

デエビゴ錠５ｍｇ 1 錠

分３ 就寝前

残薬調整後の報告可 × 14日分

以下余白

（別リフィル処方箋とし、症状が安定している患者に発行し、最大3回まで医療利用できる処方箋）

備考

麻薬施用の場合 患者住所

麻薬施用者免許番号 高7

「変更不可」欄に「✓」又は「×」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（欄に指示がある場合は「✓」又は「×」を記載すること。）
□保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 □調剤する薬剤を減薬した上で保険医療機関に報告供

調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「✓」又は「×」を記載するとともに、調剤年月日及び次回調剤予定日を記載すること。）
□1回目調剤（ 年 月 日） □2回目調剤（ 年 月 日） □3回目調剤（ 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	
保険薬局の所在地及び名称	
保険薬剤師氏名	㊞
公費負担者番号	
公費負担医療の受給者番号	

0000128101065550000682278