9188

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
被保険者資格に係る記号・番号	・ 14587745 （枝番）

患者	フリガナ	ｶｶﾞﾘ ﾋｶﾘ		
	氏　名	香川　ひかり		
	生年月日	昭和22年 2月13日	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。	
処方箋の使用期間				

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	2 8	点数表番号	1	医療機関コード	0 1 0 6 5 5 5

変更不可（医師の署名）	患者希望	個々の処方薬について、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。

処方

Rp. 1(内)

【般】ドネペジル塩酸塩口腔内崩壊錠５ｍｇ　1　錠

分１　朝食後

残薬調整後の報告可　×　14日分

Rp. 2(内)

レキサルティＯＤ錠０．５ｍｇ　0.75　錠

分３　毎食後　×　14日分

以下余白

~~リフィル可（　日分）~~（※リフィル処方箋とは、症状が安定している患者に発行し、最大3回まで反復利用できる処方箋）

備考

麻薬使用の場合　患者住所

麻薬施用者免許番号　高９

「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（背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「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	㊞	公費負担医療の受給者番号	

0000128101065550000681783