26-08-26;12:19 ;日本調剤 薬局 ;おはなクリニック
7/ 7

電子処方箋対応

処　方　箋

No. 52 - 1　（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）

2014　引換番号：661522　1 割

公費負担者番号	2128601 8	保険者番号	39282066
公費負担医療の受給者番号	0969600	被保険者資格に係る記号・番号	14248801

患者	氏名	ホソミ ミノリ 細見　みのり	
	生年月日	昭和 21年 9月 24日生　79才 11ヶ月　男 女	
	区分	被保険者　被扶養者	

保険医療機関の所在地及び名称　芦屋市船戸町1-29 モンテメール西館6階 加藤心療内科

電話番号　0797-31-1556

保険医氏名　加藤 力敬　（加藤）

都道府県番号 2 8　点数表番号 1　医療機関コード 1 0 0 3 6 1 1

交付年月日　令和 8年 8月 25日

処方箋の使用期間　年　月　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

変更不可（医学上必要）　患者希望

（個々の処方薬について、医療上の必要があるため、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。）

＊【般】ラモトリギン錠　25mg　2　錠
1日1回朝食後　35 日分

＊【般】デュロキセチンカプセル
30mg　1　カプセル
1日1回朝食後　35 日分

【以下余白】

~~リフィル可~~ □ （　回）（※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

保険医署名（「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。）　（印）

高9　（高）400円
一包化

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、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。）
□1回目調剤（　年　月　印）次回調剤予定日（　年　月　印）
□2回目調剤（　年　月　印）次回調剤予定日（　年　月　印）
□3回目調剤（　年　月　印）

公費負担者番号	5828007 4	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「✓」又は「×」を記載すること。）	
公費負担医療の受給者番号	1018548	□ 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情報提供	
調剤済年月日	令和　年　月　日		
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	（印）		

処方箋情報のみを記録しています