

処方箋

(この処方箋はどの保険薬局でも有効です)

7769-0

公費負担者番号	54287016	保険者番号	39281019
公費負担医療費の受給番号	0195412	被保険者証・被保険者手帳の記号・符号	00022905 (R)

氏名 **楠本 美智子**
クストシコ
 生年月日 昭和 8年 1月 12日 女
 区分 国保 被保険者
 交付年月日 令和 8年 3月 16日

保険医療機関所在地 兵庫県西宮市甲斐園1-5-18-2F
 及び名称 医療法人社団岩沢神経科クリニック
 電話番号 0798-64-5131
 保険医氏名 **丸田 芳裕**
 都道府県番号 28 点数番号 1 医療機関コード 0921128

処方箋の用途 令和 年 月 日
低価格医薬品への適正に押し支えがある場合は「実費不可」欄に「患者希望」で先発品にした場合は「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載
 特に関心のある場合を除き、交付の日を以て1月以内(保険薬局に届出すること)

1 ニュープロパッチ 13, 5mg	14枚	外用1日	1 枚
2 【般】ゾニサミド散 20%	0.25g		
【般】バルプロ酸Na徐放顆粒 40%	0.25g	1日1回夕食後	14 日分
以下 余白			
リフィル可 <input type="checkbox"/> (回)			

備考

調剤(又は調剤)の調剤回数に「レ」又は「×」を記載、調剤日及び次回調剤予定日(を記載)
 1回目調剤日 (年 月 日) 2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 令和 年 月 日
 調剤薬局の所在地及び名称
 調剤薬局の調剤済年月日
 調剤薬局の調剤済年月日

公費負担者番号	
公費負担医療の受給番号	