

院外処方箋
(この処方箋は、どの薬局でも有効です。)

公費負担者番号 又は市町村番号									
公費負担医療又は 老人医療の受給者番号									

保険者番号	3	9	2	8	1	0	1	9	
被保険者資格に係る 記号・番号	10706687							(枝番)	

氏名 2001181445
イマガワ タダヒコ
今川 忠彦 様
昭和16年05月17日 84才 男性

保険医療機関の 兵庫県神戸市中央区脇浜海岸通1-3-1
所在地及び名称 神戸赤十字病院
電話番号 078-231-6006
診療科名 泌尿器科
保険医氏名 木下 佳久

区分 被保険者 負担割合 3割

都道府県 28 市町村 1 医療機関コード 5106055

交付年月日 令和8年03月16日 処方箋の使用期限 令和8年03月19日

特に記載のある場合を除き、交付日を含めて4日以内に保険薬局に提出して下さい。

処方方	変更不可 (原薬上必要)	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「レ」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「レ」又は「×」を記載すること。]
			1) ベオーバ錠 5.0mg 1錠 ・・・分1:夕 食後 84日分
			2) 【般】デュタステリドカプセル 0.5mg:AV 1CP ・・・分1:夕 食後 84日分
			3) 【般】ナフトピジル口腔内崩壊錠 7.5mg 1錠 ・・・分1:夕 食後 84日分
			4) 【般】酸化マグネシウム錠 330mg 2錠 ・・・分2:朝・夕 食後 84日分
		以下余白	

薬局へのコメント・依頼 「mg」は有効成分量(原薬量)、「g」は製剤量を示す。

身長 153.4 cm 体重 64.500 kg
更新日 2020/11/30 更新日 2020/11/30
体表面積 1.622 m²

備考 高7 麻薬施用者番号 患者住所 医事印

調剤済年月日 保険医署名 [「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。]

公費負担者番号
公費負担医療又は老人医療の受給者番号

検査項目	WBC	Neut	Hb	PLT	PT-INR	T-Bil	AST(GOT)	ALT(GPT)	SCre	eGFR	CK	K	HbA1c	A1b
検査日	2026/03/16	2026/03/16	2026/03/16	2026/03/16	2026/03/16	2026/03/16	2026/03/16	2026/03/16	2026/03/16	2026/03/16	2026/03/16	2026/03/16	2026/03/16	2026/03/16
結果値	37	52.5	14.4	16.9	0.92	0.8	22	24	1.07	50.5	124	4.4	6.5	4.3

<保険薬局の方へ> 疑義照会は、当院薬剤部へTELにてお問合せください。トレーシングレポートや疑義照会後の変更結果は、当院薬剤部へFAXしてください。薬剤部 (TEL/FAX) 078-241-9312

部門番号: 20750209
出力時刻: 12:11:59

院外処方箋

(この処方箋は、どの薬局でも有効です。)

公費負担者番号 又は市町村番号									
公費負担医療又は 老人医療の受給者番号									

保険者番号	3	9	2	8	1	0	1	9	
被保険者資格に係る 記号・番号	10706687							(枝番)	

氏名	2001181445 イマガワ タダヒコ 今川 忠彦 様
昭和16年05月17日	84才 男性

保険医療機関の 所在地及び名称
兵庫県神戸市中央区臨浜海岸通1-3-1
神戸赤十字病院
電話番号 078-231-6006
診療科名 循環器内科
保険医氏名 田原 奈津子

都道府県 番号	28	点数 番号	1	医療機関 コード	5106055
------------	----	----------	---	-------------	---------

区分	被保険者	負担割合	3割
交付年月日	令和8年03月16日	処方箋の 使用期限	令和8年03月19日

特に記載のある場合を除き、交付日を合せて
4日以内に保険薬局に提出して下さい。

処方	変更不可 (記載上必要)	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「レ」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「レ」又は「×」を記載すること。]
	1) 【般】ピソプロロールフマル酸塩錠 2.5mg 1錠 ・ ・ ・ 分1:朝 食後 84日分 以下余白		

QR



薬局への コメント・依頼	「mg」は有効成分量(原薬量)、「g」は製剤量を示す。	身長	153.4 cm	体重	64.500 kg
-----------------	-----------------------------	----	----------	----	-----------

<input type="checkbox"/> 疑義照会した上で調剤 <input checked="" type="checkbox"/> 処方調整後に適合 <input type="checkbox"/> 情報提供 ※変更後FAXで報告	更新日	2020/11/30	更新日	2020/11/30
---	-----	------------	-----	------------

備考	麻薬施用者番号	患者住所	医事印
	高7		

調剤済年月日		公費負担者番号							
保険薬局の 所在地及び 保険薬剤師 名		公費負担医療又は 老人医療の受給者番号							

検査項目	WBC	Neut	Hb	PLT	PT-INR	T-Bil	AST(GOT)	ALT(GPT)	SCre	eGFR	CK	K	HbA1c	Alb
検査日	2026/03/16	2026/03/16	2026/03/16	2026/03/16	2026/03/16	2026/03/16	2026/03/16	2026/03/16	2026/03/16	2026/03/16	2026/03/16	2026/03/16	2026/03/16	2026/03/16
結果値	37	52.5	14.4	16.9	0.92	0.8	22	24	1.07	50.5	124	4.4	6.5	4.3

<保険薬局の方へ> 疑義照会は、当院薬剤部へTELにてお問合せください。トレーシングレポートや疑義照会後の変更結果は、当院薬剤部へFAXしてください。薬剤部 (TEL/FAX) 078-241-9312