

処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

5046

【負担 3割】

保険者番号				
公費負担医療の受給者番号				

保険者番号	3	9	2	8	2	0	4	1
保険証番号・医療者手続の記号・番号	02981389							

氏名	フクニ キヨカス 辻谷 清一	性別	男	生年月日	昭和6年3月7日95歳	保険医氏名	安部 尚子
区分	(被保険者)	被扶養者		市区町村	西宮市清水町4-12	診療科目	内科
電話番号	0799-70-3000	施設名	夙川宮本クリニック	処方箋の 使用期間	令和8年3月17日	処方箋の 有効期限	令和8年3月17日

処方箋の 使用期間	令和8年3月17日	処方箋の 有効期限	令和8年3月17日
処方	風邪の処方箋について、医療上の必要性があるため、従来医薬品（ジェネリック医薬品）への変更を差し止める旨と判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「X」を記載し、「保険医氏名」欄に署名又は記名を捺印すること。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「X」を記載すること。 I タケキャブ錠10mg 1錠 ピンプロロール fumarate 0.625mg錠 1錠 一包化 【分1 夕食後】 14日分 **以下、余白**		
処方	リフィル可 <input type="checkbox"/> (<input type="checkbox"/> 回)		

高?	7
居宅療養管理指導を要す	<input checked="" type="checkbox"/>

保険薬局が随時時に改票を確証した際の対応 (特に指示がある場合は「レ」又は「X」を記載すること。)

保険医診療科へ転院照会した上で調剤 保険医診療科へ情報提供

調剤回数 (調剤回数に応じて、□に「レ」又は「X」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	令和 年 月 日	公費負担者番号	
保険薬局の所在地及び名称		公費負担医療の受給者番号	

施設名 GK I D / 545
 有・GE 先 開始日 3/27
 Do・変更

P. 001/001

FAX番号: 0798 70 1200

夙川宮本クリニック

2026/03/17 火 11:02

26-03-17:11:13

おはなクリニック

1 / 2