

処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

Table with patient and insurer information including public payer number, insurer number, and recipient number.

Header section containing patient name (川原 タケ子), date of birth (昭和 19年 10月 25日), sex (男), and insurance details.

Delivery date and period section: 令和 8年 3月 17日, 処方箋の使用期間 令和 8年 3月 20日.

Medication list section with items 01 and 02, including drug names like トラドール and トラドール配合錠, and dosages.

Insurance agency confirmation text: 保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応...

Notes section (備考) with handwritten '高8' and insurance doctor signature.

Refill instructions: 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。)

Table for refill dates and public payer/insurer numbers.

Pharmacy information section including address and pharmacist name.

P.001/007

FAX番号:

2026/03/17/水 11:45

処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

Table with patient and insurer information for the second page.

Header section for the second page, including patient name and insurance details.

Delivery date and period section for the second page.

Medication list section for the second page with items 03 and 04, including drug names like ニュープロバッチ and ヌキキ7OD錠.

Insurance agency confirmation text for the second page.

Notes section for the second page with handwritten '高8' and insurance doctor signature.

Refill instructions for the second page.

Table for refill dates and public payer/insurer numbers for the second page.

Pharmacy information section for the second page.

P.002/007

FAX番号:

2026/03/17/水 11:45

処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

Header table with fields: 公費負担者番号 (54277017), 保険者番号 (39271077), 公費負担医療の受給者番号 (1945534), 被保険者資格に係る記号・番号 (18843870)

Patient information: 氏名 (川原 タケ子), 性別 (女), 生年月日 (昭和19年10月25日生), 保険医療機関 (大阪府大阪市西區九条南1丁目12番21号 社会医療法人きつこう会 多岐総合病院), 保険氏名 (田中 なつき)

Regional codes: 都道府県 (27), 市区町村 (1), 医療機関コード (1803201)

Delivery date: 交付年月日 (令和8年3月17日), 処方箋の使用期間 (令和8年3月20日 特記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。)

Medication list: 05 【般】酸化マグネシウム原末 0.9g 分3 毎食後 2026年03月20日から投薬開始; 06 【般】ケチアピン錠25mg 0.5錠 分1 眠前 2026年03月20日から投薬開始; 28日分

保険薬局が調剤時に投薬を確認した場合の対応 (特に指示がある場合は「√」又は「×」を記簿すること。)

Signature section: 高8, 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 (田中)

Refill information: 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。)

Footer table: 調剤済年月日 (令和 年 月 日), 公費負担者番号 (80274079), 公費負担医療の受給者番号 (0033282), 保険薬局の所在地及び名称 (田中)

P. 003/007

FAX番号

2026/03/17/水 11:45

処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

Header table with fields: 公費負担者番号 (54277017), 保険者番号 (39271077), 公費負担医療の受給者番号 (1945534), 被保険者資格に係る記号・番号 (18843870)

Patient information: 氏名 (川原 タケ子), 性別 (女), 生年月日 (昭和19年10月25日生), 保険医療機関 (大阪府大阪市西區九条南1丁目12番21号 社会医療法人きつこう会 多岐総合病院), 保険氏名 (田中 なつき)

Regional codes: 都道府県 (27), 市区町村 (1), 医療機関コード (1803201)

Delivery date: 交付年月日 (令和8年3月17日), 処方箋の使用期間 (令和8年3月20日 特記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。)

Medication list: 07 【般】ピロジ ロールマール酸塩錠2.5mg 1錠 分1 夕食後 2026年03月20日から投薬開始; 08 グーフィス錠5mg 3錠 分1 夕食前 2026年03月20日から投薬開始; 28日分

保険薬局が調剤時に投薬を確認した場合の対応 (特に指示がある場合は「√」又は「×」を記簿すること。)

Signature section: 高8, 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 (田中)

Refill information: 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。)

Footer table: 調剤済年月日 (令和 年 月 日), 公費負担者番号 (80274079), 公費負担医療の受給者番号 (0033282), 保険薬局の所在地及び名称 (田中)

P. 004/007

FAX番号

2026/03/17/水 11:45

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 54277017 保険者番号 39271077
公費負担医療の受給者番号 1945534 被保険者資格に係る記号・番号 18843870

氏名 川原 タケ子 昭和 19年 10月 25日生 性別 女
住所 大阪府大阪市西區九条南1丁目12番21号
保険医療機関 社会医療法人きつこう会 多岐総合病院
電話番号 06-6581-1071 FAX 06-6585-2071
保険医氏名 田中 なつき

交付年月日 令和 8年 3月 17日 処方箋の使用期間 令和 8年 3月 20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 09 【般】アセトミシジン777 用40% 3g
分3 毎食後
2026年03月20日から投薬開始
カロナール細粒50%2.4gで調剤可
28日分
--- 次頁あり ---

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。)

備考 高8 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

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。)

調剤済年月日 令和 年 月 日 公費負担者番号 80274079
公費負担医療の受給者番号 0033282

保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名

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 54277017 保険者番号 39271077
公費負担医療の受給者番号 1945534 被保険者資格に係る記号・番号 18843870

氏名 川原 タケ子 昭和 19年 10月 25日生 性別 女
住所 大阪府大阪市西區九条南1丁目12番21号
保険医療機関 社会医療法人きつこう会 多岐総合病院
電話番号 06-6581-1071 FAX 06-6585-2071
保険医氏名 田中 なつき

交付年月日 令和 8年 3月 17日 処方箋の使用期間 令和 8年 3月 20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 10 【般】セソト錠12mg 2錠
分1 夕食後
適宜減量可
2026年03月20日から投薬開始
28日分
11 【般】カンチサルタン口腔内崩壊錠8mg 1錠
分1 朝食後
2026年03月20日から投薬開始
28日分
--- 次頁あり ---

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。)

備考 高8 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

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。)

調剤済年月日 令和 年 月 日 公費負担者番号 80274079
公費負担医療の受給者番号 0033282

保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名

P.005/007

FAX番号:

2026/03/17/K 11:45

P.006/007

FAX番号:

2026/03/17/K 11:46

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	54277017	保険者番号	39271077
公費負担医療の受給者番号	1945534	被保険者資格に係る記号・番号	18843870

氏名 川原 タケ子 01257927-1 男
昭和 19年 10月 25日生 女
被保険者 被扶養者
都道府県 27 市区町村 1 医療機関コード 1803201
保険医療機関の所在地及び名称 大阪府大阪市東区九条南1丁目12番21号 社会医療法人きつこう会 多摩総合病院
電話番号 06-6681-1071 FAX 06-6585-2071 保険医氏名 田中 なつき

交付年月日 令和 8年 3月 17日
処方箋の使用期間 令和 8年 3月 20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。

※公費負担と負担外がある場合は公費負担分を下線にて表記しています。

12 【般】ヒ・コルファートNa経口液0.75% 30mL
便秘時 眠前【ヒ・コルファート内用液】
13 検査結果不要
薬局へ：錠剤一包化
薬局へ：粉砕【処方薬すべて粉砕】
--- 以下余白 ---

リフィル可 (-回)

保険薬局が調剤時に投薬を確認した場合の対応 (特に指示がある場合は「√」又は「×」を記帳すること。)
 保険医療機関へ投薬照会した上で調剤 保険医療機関へ情報提供

高8
「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

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	80274079
保険薬局の所在地及び名称		公費負担医療の受給者番号	0033282



患者様へ

1. 院外処方せんの有効期限は、交付年月日を含め4日間(土日、祝日を含む)です。
2. 処方せんを紛失または棄損した場合、その再発行料は有料(自費)となります。
3. 後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更は、保険薬局でご相談ください。ただし、医師の指示や薬剤によっては変更できない場合があります。
4. 下記の表には、ご自身の直近3か月の血液検査の結果の一部が表示されています。この検査値情報を保険薬局の薬剤師が調剤時に確認することで、肝機能や腎機能等に依じた薬剤の投与量の確認や、副作用の早期発見などに活用することができます。
5. 直近3か月以内に検査結果がない場合や、医師の判断によっては空白となります。

保険薬局様へ

1. 下記の表は直近3か月の検査結果です。処方監査や服薬指導にご活用ください。
2. 検査値情報を確認した後、右半分を切り取って患者様へお渡しください。
3. 個人情報ですので取り扱いには十分注意し、他の目的には使用しないでください。

病院確認印

P. 007/007

FAX番号:

2026/03/17/水 11:46