

処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

9869_126E00_00260917/00069002

P. 001/001

公費負担者番号		保険者番号	3	9	2	7	1	0	7	7
公費負担医療の 受給者番号		被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号	14087514 (枝番)							

患者	氏名	ヤマダ ソウヘイ 山田 宗平		保険医療機関の 大阪府大阪市西区九条南2丁目2-21 所在地及び名称 医療法人佐々木会 佐々木内科クリニック 電話番号 06-6585-2373											
	生年月日	昭和 15年7月6日	男	保険医氏名 佐々木 敏作											
	区分	被保険者	被扶養者	都道府県 番号	2	7	点数表 番号	1	医療機関 コード	1	8	0	2	9	1



交付年月日	令和 8年3月17日	処方箋の 使用期間	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 医療上 必要	患者希望	【印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)への変更を差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「V」又は「X」を記載し、「発換医署名」欄に署名又は記号を捺印すること。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「V」又は「X」を記載すること。									
	外用		アケアチム軟膏1% 20g 1日2回患部に塗布 前腕 (以下 余白) —リファイル可 日 (一回)—									

備考	高8	処方情報								
	保険医署名	 【「変更不可」欄に「V」又は「X」を記載した場合は、署名又は記号を捺印すること。】 印								

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「V」又は「X」を記載すること。)
 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 保険医療機関へ情報提供

調剤実施回数(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)
 4回目調剤予定日(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	
保険薬剤師氏名			

FAX番号:

2026/03/17/水 14:08