

処方箋

(この処方箋はどの保険薬局でも有効です)

7987-0

公費負担省番号					
公費負担医療券番号					

保険者番号	3	9	2	8	1	0	1	9
被保険者証-被保険者 情報の記号・符号	- 11163318 (111)							

患者	氏名	宮本 敦子		
	生年月日	昭和 17年 1月 1日	女	
	区分	関係	被保険者	

保険医療機関所在地 兵庫県西宮市甲風町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

交付年月日	令和 9年 3月 16日
-------	--------------

都道府県番号	28	診療科番号	1	医療機関番号	0921128
--------	----	-------	---	--------	---------

後発医薬品への変更に関する場合は「変更不可」欄に「※」を記載
 処方箋の
 使用期間

令和 9年 月 日
 特記事項のある場合は処方
 交付ありを含めて14日以内
 に保険薬局に提出すること

1	【般】バルプロ酸Naシロップ5% 【般】クエチアピン錠12.5mg ツムラ抑肝散エキス顆粒(医療用)	4mL 1錠 2.5g	一日1回夕食前	14日分
2	【般】バルプロ酸Na徐放顆粒40% 以下 余白	0.5g	1日1回夕食前	14日分

リフィル可 (回)

調剤開始日(調剤回数に記す「レ」又は「×」を記載。調剤日及び次回調剤予定日を記載)	年 月 日	□□回目調剤日(年 月 日)
□□回目調剤日(年 月 日)	□□回目調剤日(年 月 日)	□□回目調剤日(年 月 日)

調剤年月日	令和 9年 月 日	調剤場所の所在地(特記事項がある場合「レ」または「×」を記載)	「変更不可」欄に「レ」または「×」を記載した場合 は、姓名又は記号・符号すること
調剤場所の所在地(特記事項がある場合「レ」または「×」を記載)	調剤医氏名	□調剤照会した上で調剤 □情報提供	保険医氏名

公費負担省番号				
公費負担医療券番号				