

26-03-16; 17:21 ; アイノ薬局 関西分業部店 おはなクリニック ; 06-4950-4731 # 1/ 5

00003157 患者ID 0004981890 診療科 腎臓内科 処方箋 (この処方箋は、どの薬局でも有効です。) 1/5 ネーダー番号:26600792

公費負担者番号 又は市町村番号	保険者番号	3	9	2	8	2	0	4	1
公費負担医療又は 老人医療の受給者番号	被保険者資格に係る 記号・番号	17689522 (校番)							

氏名 **木下 紀美代** 様
キノシタ キミヨ
 昭和16年01月01日 85才 女性
 保険医療機関の 兵庫県西宮市六湛寺町13番9号
 所在地及び名称 兵庫県立西宮病院
 【患者さんへ】 0798-34-5151
 保険医氏名 米本 佐代子
 麻薬施用者番号

区分	被保険者	負担割合	3割	都道府県 番号	28	点数表 番号	1	医療機関 コード	9800026
交付年月日	令和8年03月16日			処方箋の 使用期間	令和8年03月19日				

処方

1) 【般】カルベジロール錠10mg 1錠
 1回1錠 (1日1錠)
 ...1日1回 朝食後 63日分
 ...2026/03/16(月)

2) エンレスト錠100mg▼ 1錠
 1回1錠 (1日1錠)
 ...1日1回 朝食後 63日分
 ...2026/03/16(月)

3) ジャディアンス錠10mg 1錠
 1回1錠 (1日1錠)
 ...1日1回 朝食後 63日分
 ...2026/03/16(月)

---リフィル可--- □ (一回)

備考

高7 患者住所

「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。

保険医署名 **米本 佐代子**

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「レ」又は「×」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「×」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 26.3.日	公費負担者番号	
保険薬局の 所在地及び名称 保険薬剤師氏名	柳川紗輝	公費負担医療又は 老人医療の受給者番号	

交付日を含めて4日以内に保険薬局に提出して下さい。

由力日 令和08年03月16日 13時16分52秒

～お薬はかかりつけ薬局でもらいましょう～

【患者さんへ】

この処方箋を院外の保険調剤薬局にご持参いただき、お薬をお受け取りください。
 この処方箋は、交付日を含めて4日以内に保険調剤薬局に提出してください。
 院外処方箋は、原則、再発行ができません。
 紛失による再発行の場合、県の規定により別途再交付料が必要となります。ご了承ください。

【保険調剤薬局さんへ】

院外処方箋に関するマニュアル、疑義照会、報告等につきましては、「兵庫県立西宮病院」の「薬剤部」ホームページの「院外処方箋について」をご参照ください。

疑義照会について

- 疑義照会対応部署
 ※処方内容 : 医師
 ※保険等医事会計関係 : 医事企画課
 ※調剤関係 : 薬剤部
- 疑義照会対応時間
 原則、平日9時から17時30分
 夜間、当直帯及び休日は対応できません。

【処方メモ】

兵庫県立西宮病院 代表電話番号 0798-34-5151

26-03-16; 17:21 ; 7イ薬局 関西西宮病院 ねばクリニック ; 06-4950-4731 # 2/ 5

00003157
 患者ID 0004981890
 診療科 腎臓内科
 処方箋 (この処方箋は、どの薬局でも有効です。)
 オーダー番号: 26600792
 2/5

公費負担者番号 又は市町村番号		保険者番号	3	9	2	8	2	0	4	1
公費負担医療又は 老人医療の受給者番号		被保険者資格に係る 記号・番号	17689522 (枝番)							

氏名 **木下 紀美代** 様
 キノシタ キミヨ
 昭和16年01月01日 85才 女性
 保険医療機関の兵庫県西宮市六湛寺町13番9号
 所在地及び名称 **兵庫県立西宮病院**
 【患者さんへ】 0798-34-5151
 保険医氏名 **米本 佐代子**
 麻薬施用者番号

区分	被保険者	負担割合	3割	市区町村 番号	2	8	点 番号	1	医療機関 コード	9	8	0	0	0	2	6
----	------	------	----	------------	---	---	---------	---	-------------	---	---	---	---	---	---	---

交付年月日 令和8年03月16日
 処方箋の使用期間 令和8年03月19日

※変更不可欄に「レ」又は「X」を記載した場合は、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、「処方内容」欄に「レ」又は「X」を記載すること。

処方	4) 【般】フェブキソスタット口腔内崩壊錠10mg 1錠 1回1錠 (1日1錠) ... 1日1回 朝食後 ... 2026/03/16(月) 63日分
処方	5) 【般】アルファカルシドール錠0.25µg 1錠 1回1錠 (1日1錠) ... 1日1回 朝食後 ... 2026/03/16(月) 63日分
処方	6) 【般】アトルバスタチン錠10mg 1錠 1回1錠 (1日1錠) ... 1日1回 朝食後 ... 2026/03/16(月) 63日分

高7 患者住所

備考
 「変更不可」欄に「レ」又は「X」を記載した場合は、署名又は記名を捺印すること。
 保険医署名

保険薬局が調剤時に医薬品を確認した場合の対応 (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)
 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 26日 '6
 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

交付日を含めて4日以内に保険薬局に提出して下さい。

出力日 令和8年03月16日 13時16分59秒

～お薬はかかりつけ薬局でもらいましょう～
 【患者さんへ】

この処方箋を院外の保険調剤薬局にご持参いただき、お薬をお受け取りください。
 この処方箋は、交付日を含めて4日以内に保険調剤薬局に提出してください。
 院外処方箋は、原則、再発行ができません。
 紛失による再発行の場合、県の規定により別途再交付料が必要となります。ご了承ください。

【保険調剤薬局さんへ】

院外処方箋に関するマニュアル、疑義照会、報告等につきましては、「兵庫県立西宮病院」の「薬剤部」ホームページの「院外処方箋について」をご参照ください。

疑義照会について

- 疑義照会対応部署
 ※処方内容 : 医師
 ※保険等医事会計関係 : 医事企画課
 ※調剤関係 : 薬剤部

- 疑義照会対応時間
 原則、平日9時から17時30分
 夜間、当直帯及び休日は対応できません。

【処方メモ】

兵庫県立西宮病院 代表電話番号 0798-34-5151

3 / 5
; 06-4950-4731
おはなクリニック
26-03-16; 17:21 ; アイ薬局 関西薬局本店

00003157 患者ID 0004981890 診療科 腎臓内科		処方箋 (この処方箋は、どの薬局でも有効です。)		3/5 オーダー番号: 26600792
公費負担者番号 又は市町村番号		保険者番号 3 9 2 8 2 0 4 1		
公費負担医療又は 老人医療の受給者番号		被保険者資格に係る 記号・番号 1 7 6 8 9 5 2 2 (技番)		
氏名 キノシタ キミヨ 木下 紀美代 様 昭和16年01月01日 85才 女性	保険医療機関の 兵庫県西宮市六湛寺町13番9号 所在地及び名称 兵庫県立西宮病院 【患者さんへ】 0798-34-5151 保険医氏名 米本 佐代子 麻薬施用者番号			
区分	被保険者	負担割合 3割	新通期 番号 2 8	点数表 番号 1
交付年月日	令和8年03月16日	処方箋の 使用期間	令和8年03月19日	
変更不可 (変更不可)	<small>同様の処方箋について、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「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、「処方箋」欄に「レ」又は「×」を記載すること。</small>			
処方	7) 【外◆】リンゼス錠 0.25mg 1錠 1回1錠 (1日1錠) ……1日1回 夕食前 63日分 ……2026/03/16(月)			
方	8) 【外】クレメジン速崩錠 500mg (4錠/包) 3包 1回1包 (1日3包) ……1日3回 毎食後2時間 63日分 ……2026/03/16(月)			
備	9) デュピゴ錠 2.5mg 2錠 1回2錠 (1日2錠) 5mg1錠可 ……1日1回 ねる前 63日分 ……2026/03/16(月)			
考	高7 患者住所 「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。 保険医署名			
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「レ」又は「×」を記載すること。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input checked="" type="checkbox"/> 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「×」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。) <input type="checkbox"/> 1回目調剤日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回目調剤日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 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 保険薬剤師氏名	公費負担医療又は 老人医療の受給者番号			
山カワ 令和8年03月16日 13時16分53秒 交付日を含めて4日以内に保険薬局に提出して下さい。				

～お薬はかかりつけ薬局でもらいましょう～
【患者さんへ】

この処方箋を院外の保険調剤薬局にご持参いただき、お薬をお受け取りください。
この処方箋は、交付日を含めて4日以内に保険調剤薬局に提出してください。
院外処方箋は、原則、再発行ができません。
紛失による再発行の場合、県の規定により別途再交付料が必要となります。ご了承ください。

【保険調剤薬局さんへ】

院外処方箋に関するマニュアル、疑義照会、報告等につきましては、「兵庫県立西宮病院」の「薬剤部」ホームページの「院外処方箋について」をご参照ください。

疑義照会について

- 疑義照会対応部署
 ※処方内容 : 医師
 ※保険等医事会計関係 : 医事企画課
 ※調剤関係 : 薬剤部

- 疑義照会対応時間
 原則、平日9時から17時30分
 夜間、当直帯及び休日は対応できません。

【処方メモ】

兵庫県立西宮病院 代表電話番号 0798-34-5151

4 / 5
; 06-4950-4731
おはかりニック
26-03-16; 17:21 ; 7イ薬局 関西労災調剤店

00003157
患者ID 0004981890
診療科 腎臓内科

処方箋
(この処方箋は、どの薬局でも有効です。)

4/5
オーダー番号: 26600792

公費負担者番号 又は市町村番号		保険者番号	3	9	2	8	2	0	4	1
公費負担医療又は 老人医療の受給者番号		被保険者資格に係る 記号・番号	17689522 (杖登)							

氏名	キノシタ キミヨ 木下 紀美代 様	保険医療機関の 所在地及び名称	兵庫県西宮市六湛寺町13番9号 兵庫県立西宮病院							
生年月日	昭和16年01月01日 85才 女性	【患者さんへ】	0798-34-5151							
		保険医氏名	米本 佐代子							
		麻薬施用者番号								

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

変更不可 処方箋 処方箋 処方箋	処方箋 処方箋 処方箋									
<p>10) 【般】沈降炭酸カルシウム錠 500mg (高リン血症用) 3錠 1回 1錠 (1日 3錠) ・・・1日3回 毎食後 ・・・2026/03/16(月) 63日分</p> <p>11) 【外】ダーブロック錠 4mg ▲ 1錠 1回 1錠 (1日 1錠) ダーブロック錠 2mg ▼ 1錠 1回 1錠 (1日 1錠) ・・・1日1回 朝食後 ・・・2026/03/16(月) 63日分</p>										

高7	患者住居
----	------

「変更不可」欄に「レ」又は「X」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
-------------------------------------------------	-------

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「レ」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、口に「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 保険薬剤師氏名		公費負担医療又は 老人医療の受給者番号							

交付日を含めて4日以内に保険薬局に提出して
下さい。

出力中 令和08年03月16日 13時16分53秒

～お薬はかかりつけ薬局でもらいましょう～

【患者さんへ】

この処方箋を院外の保険調剤薬局にご持参いただき、
お薬をお受け取りください。

この処方箋は、交付日を含めて4日以内に保険調剤
薬局に提出してください。

院外処方箋は、原則、再発行ができません。
紛失による再発行の場合、県の規定により別途再交
付料が必要となります。ご了承ください。

【保険調剤薬局さんへ】

院外処方箋に関するマニュアル、疑義照会、報告等
につきましては、「兵庫県立西宮病院」の「薬剤部」
ホームページの「院外処方箋について」をご参照くだ
さい。

疑義照会について

- 疑義照会対応部署
※処方内容 : 医師
※保険等医事会計関係 : 医事企画課
※調剤関係 : 薬剤部

- 疑義照会対応時間
原則、平日9時から17時30分
夜間、当直帯及び休日は対応できません。

【処方メモ】

兵庫県立西宮病院 代表電話番号 0798-34-5151

26-03-16; 17:21 ; アイ薬局 関西労災病院前店 おはなクリニック ; 06-4950-4731 # 5/ 5

00003157
患者ID 0004981890
診療科 腎臓内科

処方箋

(この処方箋は、どの薬局でも有効です。)

5/5
オーダー番号: 26600792

公費負担者番号 又は市町村番号		保険者番号	3 9 2 8 2 0 4 1
公費負担医療又は 老人医療の受給者番号		被保険者資格に係る 記号・番号	17689522 (枚番)

氏名	キノンタ キミヨ 木下 紀美代 様	保険医療機関の 所在地及び名称	兵庫県西宮市六湛寺町13番9号 兵庫県立西宮病院
	昭和16年01月01日 85才 女性	【患者さんへ】	0798-34-5151
		保険医氏名	米本 佐代子
		麻薬施用者番号	

区分	被保険者	負担割合	3割	都道府県 番号	28	点数表 番号	1	医療機関 コード	9800026
----	------	------	----	------------	----	-----------	---	-------------	---------

交付年月日	令和8年03月16日	処方箋の 使用期間	令和8年03月19日
-------	------------	--------------	------------

※この処方箋について、医療上の必要性があるため、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「レ」又は「X」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、患者の希望を伺まえ、完全医薬品を処方した場合には、「処方医署名」欄に「レ」又は「X」を記載すること。

変更不可 欄に記名		12) 【般】クエン酸第一鉄ナトリウム錠50mg (鉄として) 1錠 1回1錠 (1日1錠) 【新規開始】 週1回 ・・・1日1回 昼食後 ・・・2026/03/16(月) 9日分
--------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------

----- 以下処方箋コメント -----

以下余白

処方	<p style="text-align: center;">----- リファイル可 ----- <input type="checkbox"/> (一回)</p>
----	-------------------------------------------------------------------------------------

高7	患者住所
----	------

備考	<p>「変更不可」欄に「レ」又は「X」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。</p> <p>保険医署名 ①</p>
----	--------------------------------------------------------------------------------------------------

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「レ」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)
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 保険薬剤師氏名	兵庫県立西宮病院	公費負担医療又は 老人医療の受給者番号	
-----------------------------	----------	------------------------	--

① 交付日を含めて4日以内に保険薬局に提出して下さい。

田力印 令和8年03月16日 13時16分53秒

～お薬はかかりつけ薬局でもらいましょう～

【患者さんへ】

この処方箋を院外の保険調剤薬局にご持参いただき、お薬をお受け取りください。

この処方箋は、交付日を含めて4日以内に保険調剤薬局に提出してください。

院外処方箋は、原則、再発行ができません。
紛失による再発行の場合、県の規定により別途再交付料が必要となります。ご了承ください。

【保険調剤薬局さんへ】

院外処方箋に関するマニュアル、疑義照会、報告等につきましては、「兵庫県立西宮病院」の「薬剤部」ホームページの「院外処方箋について」をご参照ください。

疑義照会について

- 1 疑義照会対応部署
 - ※処方内容 : 医師
 - ※保険等医事会計関係 : 医事企画課
 - ※調剤関係 : 薬剤部

- 2 疑義照会対応時間
 - 原則、平日9時から17時30分
 - 夜間、当直帯及び休日は対応できません。

【処方メモ】

兵庫県立西宮病院 代表電話番号 0798-34-5151