

処方せん (この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

022295

公費負担者番号					
公費負担医療の受給者番号					

保険者番号	3	9	2	9	2	0	1	6
被保険者資格に係る 記号・番号	02075547							

患者	氏名	コバヤシ サツキ 小林 サツキ		
	生年月日	昭和12年 2月 1日	性別	女
	区分	被保険者	被扶養者	

保険医療機関の所在地及び名称	兵庫県西宮市南越木岩町5-3-1 ちよまる皮膚科										
電話番号	0798-72-6255										
保険医氏名	千代丸 康治										
西宮市風 番号	2	点数表 番号	1	医療機関 コード	0	9	2	3	9	5	90

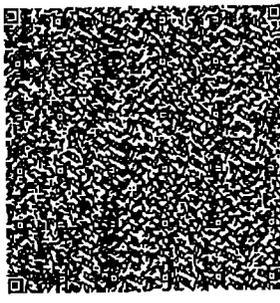


交付年月日	令和 8年 3月 16日	処方せんの 使用期間	令和 年 月 日
-------	--------------	---------------	----------

処方	変更不可 患者希望	<p>個々の処方箋について推奨医薬品への変更し差し替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は、患者希望欄に「レ」又は「×」を記載すること。</p>
	<p>Rp. 1 クレナフィン爪外用液10% (3.56g/1個) 2 個 1日1回 (塗布) ※爪に</p> <p>Rp. 2 アンテベート軟膏0.05% (10g/1個) 1 個 1日2回 (塗布) ※両足の裏の湿疹やかさかさ目立つところに</p> <p>以下余白</p>	
備考	<p>リフィル可 <input type="checkbox"/> ( ) 回</p>	

備考	<p>「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</p> <p>保険医署名 高9 10%</p>
----	---

備考	<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「×」を記載すること。)</p> <p><input type="checkbox"/> 保険医療機関へ届義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供</p> <p>調剤実施回数(調剤回数に応じて、「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。)</p> <p><input type="checkbox"/> 1回目調剤日( ) 次回調剤予定日( )</p> <p><input type="checkbox"/> 2回目調剤日( ) 次回調剤予定日( )</p> <p><input type="checkbox"/> 3回目調剤日( )</p>		
公費負担者番号		調剤済年月日	
公費負担医療の受給者番号			
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名			印



26-03-16; 16:18 ; ネットセキスルカア ケラダ昔薬園 おぼケリニク : 0798-71-5612 # 2 / 2