

精神科(GL)
25846

院外処方せん

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		保険者番号	3	9	2	9	2	0	1	6
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	02075547							
患者氏名	こばやし さつき		様	保険医療機関の所在地及び名称	〒662-0864 兵庫県西宮市越水町4-31 一般財団法人仁明会 仁明会クリニック					
	生年月日	昭和 12年2月1日		性別	女	電話番号	0798-75-1333			
区分	被保険者			保険医氏名	武田 敏伸					
交付年月日	令和 8年3月16日			都道府県番	28	点数表番号	1	医療機関コード	0922878	
変更不可	<input type="checkbox"/> 鋼々の処方箋について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更により差支えがあると判断した場合 <input type="checkbox"/> 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									
処方	RP 1									
	【般】ガランタミン口腔内崩壊錠8mg		2錠							
	1日2回 朝・夕食後		63日分							
	RP 2									
レキサルティOD錠1mg		3錠								
1日1回 夕食後		63日分								
RP 3										
エビリファイ内用液0.1%		3 mL								
不穏時		5回分								
(以下余白)										
次回: 5/18										
リフィル可 <input type="checkbox"/> (<input type="checkbox"/>)										
権	保険医署名 <input type="checkbox"/> 「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 <div style="text-align: right;">印</div>									
考	高9									
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"/> 保険医療機関へ延義照会した上で調剤 <input 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、□1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 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				印						

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。

2. この用紙は、A判5番を標準とする。

3. 産業の給付及び公費負担医療に超する費用の請求に関する省令(昭和51年厚生省令第36号)第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

後期高齢者

10%

89歳

出力日時: 2028年3月16日 15:18:36

26-03-16:16:18 ; ネットワークサーバ クラウド検索

おはなリニク

10798-71-5612

1 / 2