

処方箋

(この処方箋はどの保険薬局でも有効です)

8215-D

公費負担者番号	
公費負担医療費受給者番号	

保険者番号	39281019
被保険者証・被保険者平假名の記号・番号	09742511 (R7)

氏名	フネカシゴ 恒川 重子	
生年月日	昭和 14年 12月 1日	女
区分	国保	被保険者

保険医療機関所在地 兵庫県西宮市甲風園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 8年 3月 16日
-------	--------------

都道府県番号	28	点数表番号	1	医療機関コード	0921128
--------	----	-------	---	---------	---------

処方箋の 使用期間	令和 年 月 日	物に記号のある場合を除き 交付の日を初日とする に保険期間に属すること
1	【般】 タンドスピロンクエン酸塩錠 20mg 【般】 タンドスピロンクエン酸塩錠 10mg	1錠 1錠 1日1回眠前 14日分
2	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒 (医療用)	2.5g 1日1回眠前 14日分
3	【般】 トラソドン塩酸塩錠 25mg 【般】 ミルタザピン錠 15mg	2錠 1錠 1日2回夕食後眠前 14日分
4	クラシエ柴胡加竜骨牡蠣湯 エキス錠	3錠 不安時 28回分
以下 余白		
リフィル可 <input type="checkbox"/> (回)		

高9

調剤実施回数(調剤回数)に記号(レ)又は(×)を記載、調剤日及び調剤時間(又は夜間)	年 月 日) □□□□調剤日 (年 月 日)
□□□□調剤日 (年 月 日) □□□□調剤日 (年 月 日)	□□□□調剤日 (年 月 日) □□□□調剤日 (年 月 日)

調剤実施年月日	令和 年 月 日
調剤実施の所在地 及び名称 後援薬局名称	①

調剤実施の所在地 及び名称 後援薬局名称	②
----------------------------	---

公費負担者番号	
公費負担医療費受給者番号	