

処方箋

医事印

1/1

(公費負担者)市町村番号									
(公費負担)医療の老人受給者番号									

保険者番号	0	1	1	4	0	0	0	0
被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	霧島 123							(枝番) 11

氏名	テスト 001		
	テスト 001★☆☆ 様		
	昭和40年01月05日	56才	男性

保険医療機関 鹿児島県霧島市隼人町松永3320番地
の所在地及び名称 **霧島市立医師会医療センター**

区分	被保険者	負担割合	3	割
----	------	------	---	---

電話番号 [0995] 42-1171

交付年月日	令和3年10月04日
-------	------------

診療科名 内科

特に記載のある場合を除き、
交付の日を含めて **4日以内** に
保険薬局に提出すること。

保険医氏名 システム 管理者 (印)

都道府県番号	46	点数表番号	1	医療機関コード	1910797
--------	----	-------	---	---------	---------

処方(薬品・分量・用法・用量)	1) アリナミンF糖衣錠 [25mg] 1錠	7日分
	1回1錠(1日1錠) ・・・起床時 ・・・2021/10/04(月) 以下余白	

個々の処方箋について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更を差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」として「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。

備	麻薬施用者番号	患者住所
考	保険医署名 [「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。] (印)	
	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 type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供	
	調剤済年月日	公費負担番号
保険薬局の所在地及び保険薬剤師氏名	(印) 公費負担医療の受給者番号	

★患者の皆様へ

- この処方箋の使用期限は **令和3年10月07日** です。記載の使用期限を過ぎた場合、保険薬局でお薬を受け取ることができません。
- 処方箋の再発行はできません。
- 処方箋を事前にファックスで送信した場合でも、保険薬局でのお薬の受け取りには処方箋が必要です。
- 最下部の記載項目(身長・体重・検査値)は、保険薬局の薬剤師がお薬の効き目や副作用の症状を確認する目的で記載しています。ご理解のほどよろしくお願いいたします。

★保険薬局の薬剤師の皆様へ

- 左記載処方箋の内容に基づき、調剤をお願いいたします。
- 処方内容に疑義がある場合は、各診療科の処方医へ直接電話で照会してください。TEL(代表) 0995-42-1171 (電話交換手が医師・各部署へおつなぎいたします。)
- 当院と始良地区薬剤師会との「院外処方箋における疑義照会事前同意プロトコール」につきましては、当院ホームページの薬剤部ページ又は始良地区薬剤師会ホームページの会員向けページ(要ログイン)をご確認ください。

↑↑↑ 身長・体重・検査値を保険薬局に伝えたくない場合はこちらの点線で切り取ってください。 ↑↑↑

【身体情報】

身長	180.0	cm	体重	80.000	kg	体表面積 (DuBois式)	1.996	m ²
測定日	2019/12/06		測定日	2019/12/06				

【検査情報】

検査名	検査日	検査値	基準値	検査名	検査日	検査値	基準値	検査名	検査日	検査値	基準値
WBC			35~93	HbA1c			4.6~6.2	eGFR			90以上
好中球数				PT-INR	2017/06/22	1.0700	0~3	CRP			0.0~0.3
Hb			男:13.1~17.5 女:11.0~15.1	APTT			24~34	Na	2018/03/23	142.0000	138~146
PLT	2018/03/23	7.8000	13.0~36.0	AST			男:13~26 女:11~29	K	2018/03/23	4.7000	3.6~4.9
T-bil			0.3~1.1	ALT			男:9~44 女:7~27	CK			男:0.61~1.04 女:0.47~0.79
ALB			4.0~5.0	Cr	2018/03/23	0.8100					

・好中球数は、絶対数です。
・eGFRは体表面積1.73m²での換算はしていない数値です。