患者番号：9900000012
オーダー番号：17544
出力時刻：10:57:13
第 01 版

処　方　箋

（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）

1/1

医事印

(公費負担者 市町村) 番号	
(公費負担 老人) 医療の受給者番号	

保険者番号	9 6 0 0 0 0 0 0
被保険者資格に係る記号・番号	(枝番)

氏名	テスト　０１２ テスト　０１２　様 昭和６４年０１月０１日　36才　男性		
区分		負担割合	10 割
交付年月日		令和７年０３月１２日	

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。

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

電話番号：〔0995〕４２－１１７１

診療科名：内科・総合内科

保険医氏名：開）システム　管理者　㊞

都道府県番号	点数表番号	医療機関コード
4 6	1	1 9 1 0 7 9 7

変更不可（医療上必要）	患者希望	
		個々の処方薬について、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）処方への変更に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」欄に書目又は記名・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。

処方（薬品・分量・用法・用量）

1)　フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「SANIK」　2錠
　１回1錠（１日 2錠）
　・・・朝・夕食後　30日分
　・・・2025/03/12(水)

以下余白

備考

麻薬施用者番号

患者住所

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。］　㊞

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

調剤済年月日　　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7年03月15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。

★病院から保険薬局への連絡

★保険薬局から病院への連絡

- 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。）
  FAX（代表）0995-42-2158
- 当院と姶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姶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。
- トレーシングレポートの場合は FAX（薬剤部）0995-55-0161へFAXして下さい。

↑↑↑　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	160.0 cm	体重	50.000 kg	体表面積(DuBois式)	1.501 m^2
測定日	2018/03/06	測定日	2018/03/06		

【検査情報】

検査名	検査日	検査値	基準値
WBC	----------	----------	35～93
好中球数	----------	----------	.
Hb	----------	----------	男：13.1~17.5 女：11.0~15.1
PLT	----------	----------	13.0～36.0
T-bil	----------	----------	0.3～1.1
ALB	----------	----------	4.0～5.0

検査名	検査日	検査値	基準値
HbA1c	----------	----------	4.6～6.2
PT-INR	----------	----------	0～3
APTT	----------	----------	24～34
AST	----------	----------	男：13~26 女：11~29
ALT	----------	----------	男：9~44 女：7~27
Cr	----------	----------	男：0.61～1.04 女：0.47～0.79

検査名	検査日	検査値	基準値
eGFR	----------	----------	90以上
CRP	----------	----------	0.0～0.3
Na	----------	----------	138～146
K	----------	----------	3.6～4.9
CK	----------	----------	男：52~255 女：43~151

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