

患者番号: 000000009
オーダー番号: 981
出力時刻: 17:06:58

処方箋

第 03 版 (この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

医事印

2/2

10歳7ヶ月 5日

(公費負担者) 番号 市 町 村									
(公費負担)医療の 老人 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)							

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**

電話番号 [0995] 42-1171

診療科名

保険医氏名

報道の 番号	4	6	診療表 番号	1	医療機関 コード	1	9	1	0	7	9	7
-----------	---	---	-----------	---	-------------	---	---	---	---	---	---	---

氏名	様		
平成27年10月09日	10才	男性	
区分	負担割合	10	割
交付年月日	令和8年05月14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。			

変更不可 (医療上必要) 患者希望
個々の処方箋について、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)処方への変更には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。

処方 薬品・分量・用法・用量 ()	リフィル可 (回) [リフィル処方とは、症状が安定している患者に発行し、最大3回まで反復利用できる処方箋]	
--------------------------	--	--

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。]	
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 checked="" type="checkbox"/> 調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供		
調剤実施回数 (調剤回数に応じて、□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	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 受 給 者 番 号	

★患者の皆様へ

令和8年05月17日

- この処方箋の使用期限は 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願います。

★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。
- 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	141.0	cm	体重	35.000	kg	体表面積 (DuBois式)	1.177	m ²
測定日	2025/12/11		測定日	2025/12/11				

【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			0~3	CRP			0.0~0.3
Hb			男: 13.1~17.5 女: 11.0~15.1	APTT			24~34	Na			138~146
PLT			13.0~36.0	AST			男: 13~26 女: 11~29	K			3.6~4.9
T-bil			0.3~1.1	ALT			男: 9~44 女: 7~27	CK			男: 52~255 女: 43~151
ALB			4.0~5.0	Cr			男: 0.61~1.04 女: 0.47~0.73				

・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。