

処方箋

1/4

(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	
公費負担医療又は老人医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	
氏名	テスト 037	都道府県番号	09
	様	点数表番号	1
	昭和29年01月01日 66才女性	医療機関コード	5210173
区分	被扶養者	負担割合	3割
交付年月日	令和2年02月05日	処方箋の使用期限	令和 年 月 日
<p>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して下さい。</p>			
変更不可	<p>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」欄に署名又は記名・押印すること。</p>		
処方	<p>1) 葛根湯エキス顆粒 3包 1回1包 (1日 3包) ・・・1日3回 朝・夕食後30分と就寝前 28日分</p>		
	<p>2) ケタスガ[®]セル10mg 3c p 1回1c p (1日 3c p) チザニジン錠1mg 3錠 1回1錠 (1日 3錠) メチコバール錠500μg 3錠 1回1錠 (1日 3錠) ・・・1日3回 朝・昼・夕食後30分 28日分 ・・・*** 全薬品名を薬袋毎に記載</p>		
	<p>3) エナラプリルM錠2.5 2錠 1回1錠 (1日 2錠) テノーミン錠25mg 2錠 1回1錠 (1日 2錠) ・・・1日2回 朝・夕食後30分 28日分</p>		
- 次ページへ続く -			
備考	<p>麻薬施用者番号</p> <p>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)</p> <p>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</p>		
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	公費負担医療又は老人医療の受給者番号		
お問い合わせは各診療科へお願いします。			

院外処方箋に関する注意

患者さんへ

- 「処方箋」の有効期限は、交付年月日を含めて4日以内です。(土・日・祝日も含みます)
- 事前に「処方箋」をFAX送信した場合でも、4日以内の提出が必要です。
- 有効期限を過ぎた場合、保険薬局でお薬を受け取ることが出来ません。
- 「処方箋」を紛失、又は有効期限切れの場合は、処方箋再発行料が自費となります。
- 検査情報の表示を希望されない場合は医師へお申し出ください。次回以降表示をおこなわないようにいたします。
- 検査情報を保険薬局に開示することを望まれない場合、点線部分で切り離し、左側の「処方箋」のみお渡しください。

保険調剤薬局の方へ

疑義照会について：問い合わせ先は各診療科へ直接おたずねください。(代表：0282-86-1111)

【検査情報】

eGFR	CRE	AST	ALT	γ-GTP	WBC	Neu	HGB	PLT	CRP

PT-INR	HbA1c	alb	BUN	Ca	UA	K	CK	Na	T-Bill

検査値：お薬を安全に使用いただくための主な検査値です。(90日以内に測定歴のある検査値を表示しています)
 ※検査値の基準範囲については、当院ホームページでご確認ください(<http://dokkyomed.ac.jp/hosp-k/info/114/483.html>)

【身体情報】

身長	160.0 cm	体重	58.000 kg
測定日	2019/12/16	測定日	2019/12/16

