

患者ID: 9999978697

オーダー番号: 10250826 第 01 版

出力時刻: 10:52:24

処方箋

(この処方箋は、どの薬局でも有効です。)

1/1

公費負担者番号 又は市町村番号							
公費負担医療又は 老人医療の受給者番号							

保険者番号							
被保険者証・被保険者 手帳の記号・番号							

氏名	テスト 11 様
生年月日	昭和56年07月09日 37才 男性

保険医療機関の 所在地及び名称	大阪府堺市西区原寺町1丁1番1号 地方独立行政法人 堺市立病院機構 堺市立総合医療センター
電話番号	電話(072-272-1199)
診療科名	外科
保険医氏名	入力者

区分	被保険者	負担割合	0割
----	------	------	----

都道府県 番号	27	点数表 番号	1	医療機関 コード	6300583
------------	----	-----------	---	-------------	---------

交付年月日	平成30年10月29日	処方箋の 使用期限	平成30年11月01日
-------	-------------	--------------	-------------

変更不可	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------

個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に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。

処方	1) 【般】ロキソ [®] ロフェンNa錠60mg 1回1錠（1日3錠） 【般】レバミピト [®] 錠100mg 1回1錠（1日3錠） ・・・分3：朝・昼・夕 食後すぐ 7日分	3錠 3錠
----	--	----------

処方	2) モーラステープ [®] 20mg (7cm×10cm・7枚/袋) 薬品コメント : 1日2枚使用 ・・・1日1回	2袋
----	--	----

以下余白

備考	麻薬施用者番号 _____ 患者住所 _____
備考	保険医署名 <input type="checkbox"/> 「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。
備考	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		公費負担者番号					
--------	--	---------	--	--	--	--	--

公費負担医療又は 老人医療の受給者番号		交付日を含めて4日以内に保険薬局に提出して 下さい。
------------------------	--	-------------------------------

保険薬局の 所在地及び 名称 保険薬剤師 氏名	
-------------------------------------	--

【院外処方せんに関する注意事項】

<患者さんへ>

- ・処方せんの有効期間は発行日を含めて4日間（土日祝日も含む）です。有効期間を過ぎた場合、保険薬局でお薬を受け取ることが出来ません。
- ・処方せんの再発行はできません。紛失された場合は再度受診が必要となり、費用負担が生じます。
- ・ジェネリック医薬品への変更をご希望の場合は、保険薬局にてご相談ください。（医師の指示により変更ができない場合もありますのでご了承ください）
- ・下記の検査結果を保険薬局に提示して下さい。検査結果を保険薬局に伝えたくない場合は、用紙中央で切り離し、左側の「処方箋」のみをお渡しください。

<保険薬局への連絡事項>

- ・下記の検査結果等は、処方監査、服薬指導の際、ご活用下さい。服薬指導終了時に切り離し、患者さんへお渡しいただいても構いません。
- ・処方に関連する情報は、当院薬剤科HPをご参照ください。
(<http://www.sakai-city-hospital.jp/medical/support.html>)

検査値 (直近3カ月の値を表示しております)

項目 (単位)	WBC (10 ² /μL)	Hgb (g/dL)	PLT (10 ⁴ /μL)	好中球 (/μL)	PT-INR	AST (IU/L)	ALT (IU/L)
検査日	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
検査値	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
項目 (単位)	T-Bil (mg/dL)	CK (IU/L)	Alb (g/dL)	Na (meq/l)	K (meq/l)	Ca (mg/dL)	Mg (mg/dL)
検査日	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
検査値	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
項目 (単位)	s-Crea (mg/dL)	eGFR	CRP (mg/dL)	HbA1c (NGSP (%))			
検査日	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
検査値	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
身長cm	160.0	体重kg	77.000	体表面積m ²	1.803		
測定日	2018/10/01	測定日	2018/10/01				

