

処方箋

01/02

ID=0000001

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です)

8052

ID: 0000001

患者氏名: テスト 患者1

公費負担者番号		保険者番号		0501	
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号		北123	
患者	氏名	テスト 患者1 殿 昭40年 6月 7日 男		保険医療機関の 広島市佐伯区海老山町7番10号 所在地および名称 医療法人 一陽会 原田病院 電話番号 電話(082)923-5161 保険医氏名 テスト 医師 印	
	区分	本人協会			
都道府県番号		34	点数表番号	1	医療機関コード
交付年月日		令和 2年 7月 13日		処方箋の使用期間 令和 年 月 日 (注)	

変更不可 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。

● T

01)

【般】ロキソプロフェンNa錠60mg .....1回 0.33錠 (1日 1錠)  
※123456789022345678903334567890

アジルバ錠20mg .....1回 0.33錠 (1日 1錠)  
※123456789022345678903334567890

【般】アセトアミノフェン錠300mg .....1回 0.33錠 (1日 1錠)  
※123456789022345678903334567890

アタラックス錠25mg .....1回 0.33錠 (1日 1錠)  
※123456789022345678903334567890

【般】L-アスパラギン酸Ca錠200mg ..1回 1錠 (1日 3錠)  
※123456789022345678903334567890

[般]アリルエストレノール錠25mg .....1回 0.33錠 (1日 1錠)  
※123456789022345678903334567890

【般】フルスルチアミン錠25mg .....1回 0.33錠 (1日 1錠)  
※123456789022345678903334567890

---- 続きあり ----

備考 「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。

保険医署名 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。)  
 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

公費負担者番号

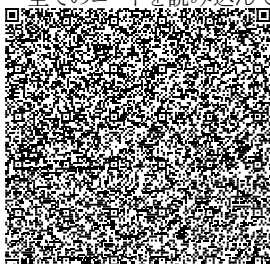
公費負担医療の受給者番号

調剤済年月日

保険薬局の所在地及び名称

保険薬剤師氏名 印

全てのコードを読み込んで下さい。



(注)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。

<患者さんへ>

・院外処方箋の有効期限は交付日を含めて4日以内です。期限を過ぎると使用できません。

・下記臨床検査値情報は、保険調剤薬局での処方監査・服薬指導等を補うことを目的に検査値がある場合に印字しています。

・検査値の開示を望まない場合は左側の処方箋のみご提出ください。

<保険調剤薬局の皆さんへ>

一陽会では院外処方箋に検査値情報を記載することとなりました。患者さんの適正で安全な薬物療法につながるものと考えますので、ご理解、ご協力の程、宜しくお願い致します。

※処方内容に関する確認等は、各診療科の主治医にご連絡ください。

(検査値) (直近3ヶ月以内のデータ)

検査項目	WBC (×100/ $\mu$ l)	Hb (g/dl)	PLT (×10000/ $\mu$ l)	PT-INR	AST(GOT) (U/L)	ALT(GPT) (U/L)	T-BIL (mg/dL)
基準値	男	34~94	10~30		13~33	8~42	0.2~1.2
	女	31~88					
検査日	2020/4/14	2020/4/14	2020/4/14	-	2020/4/14	2020/4/14	2020/4/14
検査値	59.6	12.9	25.7	-	15	9	1.0

検査項目	アルブミン (g/dL)	BUN (mg/dl)	クレアチニン (mg/dL)	eGFR (ml/min/1.73m <sup>2</sup> )	K (mEq/L)	CRP (mg/dl)	血糖 (mg/dl)	HbA1c (%)
基準値	男	8~20	0.60~1.20		3.5~5.0	0.3以下	70~110	4.6~6.2
	女		0.40~0.80					
検査日	2020/4/14	2020/4/14	2020/4/14	2020/4/14	2020/4/14	-	2020/4/14	-
検査値	4.0	14	0.57	74	3.3	-	85	-

・eGFR: 体表面積1.73m<sup>2</sup>あたりの値で表示しています。

備考

処方箋

02/02

ID=0000001

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です)

8052

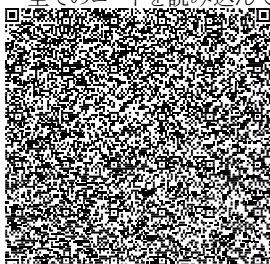
ID: 0000001

患者氏名: テスト 患者1

公費負担者番号		保険者番号		0501	
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号		北123	
患者	氏名	テスト 患者1 殿 昭40年 6月 7日 男		保険医療機関の 広島市佐伯区海老山町7番10号 所在地および名称 医療法人 一陽会 原田病院 電話番号 電話(082)923-5161 保険医氏名 テスト 医師 印	
	区分	本人協会			
都道府県番号		34	点数表番号	1	医療機関コード
交付年月日		令和 2年 7月 13日		処方箋の使用期間	
		令和 年 月 日 (注)		0215192	

処方	変更不可	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 style="text-align: center;">● T</p> <p>[般]ピカルタミド口腔内崩壊錠80mg .....1回 0.33錠 (1日 1錠) ※123456789022345678903334567890</p> <p>[般]ピカルタミド錠80mg .....1回 0.33錠 (1日 1錠) ※123456789022345678903334567890</p> <p>[般]カルベジロール錠2.5mg .....1回 0.33錠 (1日 1錠) ※123456789022345678903334567890</p> <p>[般]ニフェジピン徐放錠20mg(12時間持続).1回 0.33錠 (1日 1錠) ※123456789022345678903334567890</p> <p>[般]トランドラプリル1mg錠 .....1回 0.33錠 (1日 1錠) ※123456789022345678903334567890</p> <p>トラゼンタ錠5mg .....1回 0.33錠 (1日 1錠) ※123456789022345678903334567890</p> <p>アコファイド錠100mg .....1回 0.33錠 (1日 1錠) ※123456789022345678903334567890</p> <p>[用法] 1日3回 朝 昼 夕食前 1日分 ---- 以下余白 ----</p>				

備考	「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。	
	保険医署名	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		

公費負担者番号	全てのコードを読み込んで下さい。	
公費負担医療の受給者番号		
調剤済年月日		
保険薬局の所在地及び名称		
保険薬剤師氏名	印	

(注)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。

<患者さんへ>

・院外処方箋の有効期限は交付日を含めて4日以内です。期限を過ぎると使用できません。

・下記臨床検査値情報は、保険調剤薬局での処方監査・服薬指導等を補うことを目的に検査値がある場合に印字しています。

・検査値の開示を望まない場合は左側の処方箋のみご提出ください。

<保険調剤薬局の皆さんへ>

一陽会では院外処方箋に検査値情報を記載することとなりました。患者さんの適正で安全な薬物療法につながるものと考えますので、ご理解、ご協力の程、宜しくお願い致します。

※処方内容に関する確認等は、各診療科の主治医にご連絡ください。

(検査値) (直近3ヶ月以内のデータ)

検査項目	WBC (×100/μl)	Hb (g/dl)	PLT (×10000/μl)	PT-INR	AST(GOT) (U/L)	ALT(GPT) (U/L)	T-BIL (mg/dL)
基準値	男	34~94	10~30		13~33	8~42	0.2~1.2
	女	31~88					
検査日	2020/4/14	2020/4/14	2020/4/14	-	2020/4/14	2020/4/14	2020/4/14
検査値	59.6	12.9	25.7	-	15	9	1.0

検査項目	アルブミン (g/dL)	BUN (mg/dl)	クレアチニン (mg/dL)	eGFR (ml/min/1.73㎡)	K (mEq/L)	CRP (mg/dl)	血糖 (mg/dl)	HbA1c (%)
基準値	男	8~20	0.60~1.20		3.5~5.0	0.3以下	70~110	4.6~6.2
	女		0.40~0.80					
検査日	2020/4/14	2020/4/14	2020/4/14	2020/4/14	2020/4/14	-	2020/4/14	-
検査値	4.0	14	0.57	74	3.3	-	85	-

・eGFR: 体表面積1.73㎡あたりの値で表示しています。

備考