

31861338-0-1  
202109212013  
ID 99900012

# 処方箋

院外 (この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

1 / 1枚

|              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 公費負担者番号      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 公費負担医療の受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                    |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 保険者番号              | 0 | 1 | 1 | 5 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 被保険者証・被保険者手帳の記号・番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |   |   |

|      |                   |      |
|------|-------------------|------|
| 氏名   | テストコイデビョウイン 男     |      |
| 性別   | テスト 小川病院          |      |
| 生年月日 | 昭和50年5月5日         | 46 歳 |
| 区分   | ○ 被保険者            | 被扶養者 |
| 負担割合 | 30%               |      |
| 住所   | 新潟県123ああああ        |      |
|      | TEL: 025-999-8888 |      |

|                |                                     |   |
|----------------|-------------------------------------|---|
| 保険医療機関の所在地及び名称 | 〒946-0001 新潟県魚沼市日渡新田34番地 魚沼市小川病院 NW |   |
| 電話番号           | 025-792-2111(代)                     |   |
| 診療科            | 内科                                  |   |
| 保険医氏名          | BSN 医師 (印)                          |   |
| 麻薬施用者番号        |                                     |   |
| 都道府県番号         | 1                                   | 5 |
| 点数表番号          | 1                                   |   |
| 医療機関番号         | 2                                   | 3 |
|                | 1                                   | 0 |
|                | 3                                   | 4 |
|                | 1                                   |   |

|       |           |          |          |  |
|-------|-----------|----------|----------|--|
| 交付年月日 | 令和3年9月21日 | 処方箋の使用期間 | 令和 年 月 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 | 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。 |  |
| 処方   | 01 【般】ファモチジン口腔内崩壊錠20mg<br>3錠《変更可》<br>1日3回 朝昼夕食後すぐ<br>7日分 [01]                                   |  |
|      | 02 生理食塩液 20mL<br>2アンプル《変更可》<br>医師の指示通り（在宅自己注射）<br>7回分 [02]                                      |  |
|      | 03 MS冷シップ「タカミツ」 200g/袋<br>1袋《変更可》<br>1日1枚<br>1日2回 患部<br>[03]                                    |  |
|      | — (以上、内服薬は1日量表記) 以下余白 —   |  |

|    |                      |  |
|----|----------------------|--|
| 備考 | 外用、水軟剤等は、Rp番号内で原則混合。 | 「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<br>保険医署名 ※※※※※※※※ (印) |
|----|----------------------|--|

|    |   |  |
|----|---|--|
| 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。）<br><input checked="" 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      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 公費負担医療の受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 公費負担者番号      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 公費負担医療の受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|       |          |                         |     |
|-------|----------|-------------------------|-----|
| 調剤年月日 | 令和 年 月 日 | 保険薬局の所在地及び名称<br>保険薬剤師氏名 | (印) |
|-------|----------|-------------------------|-----|

## <検査結果に関して>

下記の表には、ご自身の最新の血液検査結果の一部が表示されています。この検査値は保険薬局での調剤時、当院処方薬の適正使用（肝機能・腎機能に応じた薬の量の適正化や副作用の早期発見など）、服薬説明に活用していただくものです。保険薬局薬剤師にご提示ください。

|      |    |    |
|------|----|----|
|      | 値  | 日付 |
| 身長   | cm |    |
| 体重   | kg |    |
| 体表面積 |    |    |

| 検査名    | 結果値 | 測定日 |
|--------|-----|-----|
| AST    | -   | -   |
| ALT    | -   | -   |
| T-Bil  | -   | -   |
| CK     | -   | -   |
| Na     | -   | -   |
| K      | -   | -   |
| BUN    | -   | -   |
| CRE    | -   | -   |
| eGFR   | -   | -   |
| UA     | -   | -   |
| WBC    | -   | -   |
| Hb     | -   | -   |
| 血小板数   | -   | -   |
| PT-INR | -   | -   |
| HbA1c  | -   | -   |

キ  
リ  
ト  
リ  
線