

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		

患者	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
者	区分	○ 被保険者	被扶養者
	負担割合	30%	
	住所	新潟県 1 2 3 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	3錠《変更可》	7日分
	1日3回 朝昼夕食後すぐ		[01]
	02 生理食塩液 20mL	2アンプル《変更可》	7回分
	医師の指示通り（在宅自己注射）		[02]
03 MS冷シップ「タカミツ」 200g/袋	1袋《変更可》		[03]
	1日1枚		
	1日2回 患部		
	— (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
		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 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 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