


院 外 処 方 箋

(この処方箋は、どの薬局でも有効です。)

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

| | |
|---|--|
| 患者ID：0052009002 <small>ンテスト ケンタイケンサ001</small> | 東京都品川区旗の台1丁目5番8号 所在地及び名称 |
| 氏名 | ンテスト 検体検査001 様 昭和51年08月23日 42才 男性 |
| 電話番号 | 03(3784)8000 [大代表] |
| 診療科名 | 産婦人科 |
| 保険医氏名 | 開発系システム管理者  |
| 区分 | 被保険者 負担割合 3割 |
| 都道府県 番号 | 13 |
| 点 番号 | 1 |
| 医療機関 コード | 09154113 |

| | | | | |
|-------|-------------|--------------|-------|---|
| 交付年月日 | 平成30年03月25日 | 処方箋の 使用期限 | 年 月 日 | <small>※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 保険薬局へ提出すること</small> |
|-------|-------------|--------------|-------|---|

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

| | | | |
|----|---|----------|------|
| 処方 | 1) セレコックス錠 200mg 1回 1錠 (1日 2錠) 【般】フマジン [®] 口腔内崩壊錠10mg 1回 1錠 (1日 2錠) ・・・分2：朝・夕 食後 | 2錠 2錠 | 10日分 |
|----|---|----------|------|

以下余白

| | | |
|---|--|------|
| 備 | 麻薬施用者番号 | 患者住所 |
| 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。  | |
| | 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 | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |
| | | 交付日を含めて4日以内に保険薬局に提出して下さい。 | | | | | | | |

患者様へ

- 特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内、
平成30年03月28日までに院外の保険薬局に提出してください。
- この処方箋は、どこの保険薬局でも有効です。
- 病状が変化した場合は TEL 03-3784-8000（大代表）まで、ご連絡ください。
- 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」のみお渡しいたします。

保険薬局の方へ

- この処方箋は、原本のみ有効で、複写（コピー）は無効となります。複写した場合は、「昭和大学」が全面に写し出されるようになっています。
- 問い合わせについて <受付時間> 月～土曜日 8:30～17:00
- 処方に関すること
受付時間内は、処方箋をFAXにて当院薬剤部へお送りください。
FAX：03-3784-8453
※なお、受付時間外は各診療科医局等へ直接お問い合わせください。
- 保険情報に関すること
受付時間内に当院医事課へお問い合わせください。
TEL 03-3784-8523
- 後発医薬品の切り替えに関するFAXは不要です。但し、お薬手帳にその旨を必ず明記して下さい。
- 患者様の希望により服薬指導終了時に点線部分で切り離し、右側の「検査情報」をお渡ししていただいて構いません。

【検査情報】(交付年月日から4ヶ月以内の直近データを表示します)
※期間内に該当検査が実施されていない場合には結果値は表示されません

| 検査項目 基準値 | 結果値 | 測定日 |
|---|-----|------------|
| WBC [10 ³ /μl] 3.5-9.0 | 検査中 | 2018/03/06 |
| Hb [g/dl] 男性：12.0-16.0 女性：12.0-16.0 | 検査中 | 2018/03/06 |
| Plt [10 ⁴ /μL] 15.0-40.0 | 検査中 | 2018/03/06 |
| PT-INR | 検査中 | 2018/03/06 |
| AST [U/L] 13-30 | 30 | 2017/12/19 |
| ALT [U/L] 男性：10-42 女性：7-23 | 30 | 2017/12/19 |
| T-Bil [mg/dl] 0.3-1.0 | 2.0 | 2017/12/20 |

| 検査項目 基準値 | 結果値 | 測定日 |
|--|-------|------------|
| 血清Cr [mg/dL] 男性：0.6-1.2 女性：0.5-0.9 | 1.00 | 2017/12/19 |
| eGFR [mL/min/1.73m ²] | ----- | ----- |
| CK [U/L] 男性：59-248 女性：41-153 | 90 | 2017/12/19 |
| CRP [mg/dL] 0.2以下 | 2.00 | 2017/12/19 |
| K [mEq/L] 3.6-5.1 | 5.0 | 2017/12/20 |
| HbA1c [%] 4.6-6.2 | 5.9 | 2017/12/19 |

【身体情報】

| | | | | | |
|-----|------------|-----|------------|------|-------------------------|
| 身長 | ----- [cm] | 体重 | ----- [Kg] | 体表面積 | ----- [m ²] |
| 測定日 | ----- | 測定日 | ----- | | |

問い合わせ欄

☆連絡先を必ずご記入ください☆
保険薬局名
薬剤師名・TEL

昭和大学病院