

院外処方せん

12013

この処方せんはどの保険薬局でも有効です。

公費負担者番号	3	8	0	0	0	0	0	0
公費負担医療の受給者番号								

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

ID 00-0000-1 糖内 性別 女性
 氏名 TEST ID 980609
 テスト 1
 生年月日 昭和22年01月01日 (69歳1ヶ月)
 患者住所 埼玉県越谷市

〒343-8555
 埼玉県越谷市南越谷2丁目1番50号
獨協医科大学越谷病院
 電話番号 048-965-1111

保険医氏名
練習医師 01 印

保険区分 学校 本 肝炎治被保険者 0割
 交付年月日 2016年02月10日

処方せんの有効期間 ※左記に記載がない場合は、交付の日を含めて4日以内有効
 年 月 日

変更不可 Rp. [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。]

- 後) マグラックス錠250mg 1回 1錠 (1日 3錠)
 . . . 1日3回 毎食後 7日分
 服用開始日: 2016/02/10(水)
- 後) マグラックス錠330mg 1回 1錠 (1日 4錠)
 . . . 1日4回 毎食後、寝る前 7日分
 服用開始日: 2016/02/10(水)
- 後) カルベジロール錠10mg 「サワイ」 1回 1錠 (1日 5錠)
 . . . 1日5回 起床時、毎食後、寝る前 7日分
 服用開始日: 2016/02/10(水)
- 後) クエン酸第一鉄Na錠50mg「サワイ」 1回 1錠 (1日 6錠)
 . . . 1日6回 4時間毎 7日分
 服用開始日: 2016/02/10(水)
- トラゼンタ錠5mg 1回 1錠 (1日 1錠)
 . . . 1日1回 朝食後 7日分
 服用開始日: 2016/02/10(水)

以下余白

— 次ページへ続く —
1/1

備考欄 「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。

都道府県番号 11 点数表番号 1 医療機関コード 0801563 保険医署名 印

調剤済年月日	年 月 日	公費負担者番号				
保険薬局の所在地および名称 保険薬剤師氏名		印	公費負担医療の受給者番号			

※この用紙は、偽造防止の処置が施されています。

院外処方箋に関する注意

患者さんへ

院外処方箋には使用期限があります。
 処方箋左側の「交付年月日」を含めて4日間です。(土・日・休日も含みます)
 早めに保険調剤薬局へご提出ください。
 後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更をご希望の場合は、各保険調剤薬局にてご相談ください。(医師の指示により変更できない場合もありますのでご了承ください)

保険調剤薬局の方へ

疑義照会について: 問い合わせ先は各診療科へ直接おたずねください。(代表 048-965-1111)
 後発医薬品への変更などの情報提供について: 変更内容を明記され、FAXでお送りください。
 書式に決まりはありませんが、本処方箋をコピーしても構いません。(FAX 048-965-0669)

検査値: お薬を安全に使用いただくための主な検査値です(90日以内に測定歴のある検査値を表示しています)

WBC	Hb	PLT	PT-INR	AST	ALT	T-Bil	Cr	eGFR	CK.	UA	K	CRP	HbA1c
500.0	1.3	5.0	1.0	1.1	1.5	0.98	0.70	83.3	103	14.2	4.0	0.06	150.2
01/03	01/02	01/03	01/02	01/03	01/04	01/04	01/02	01/02	01/03	01/02	01/02	01/04	01/03

※検査値の基準範囲については、当院ホームページでご確認ください (<http://dokkyomed.ac.jp/hosp-k/info/114/483.html>)

病院から保険薬局薬剤師への連絡事項
 (手書きでご記入ください)

保険薬局から病院への連絡事項
 (手書きでご記入ください)

