

公費負担者番号 又は市町村番号	1 0 0 0 0 0 0 0	保険者番号					1 2 3 5	
公費負担医療又は 老人医療の受給者番号	0	被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号	1 1 1					

氏名	ヤッダイ テスト	様	
薬剤	テスト		
昭和43年07月09日	50歳1ヶ月	男性	
区分	被扶養者	負担割合 0割	
保険医療機関の 所在地及び名称	兵庫県姫路市下手野1丁目12-1 姫路赤十字病院		
電話番号	[079] 294-2251 (代)		
診療科名	内科		
保険医氏名			
健康保険 番号	28	医療機関 コード	4009037

交付年月日	平成30年09月07日	処方箋の 使用期限	平成30年09月10日 <small>特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて 4日以内に保険薬局に提出すること。</small>
-------	-------------	--------------	---

変更不可	<input type="checkbox"/>	個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更と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	1) ファモチジンD錠20mg「ナリイ」(先発:カサ)	1錠	90日分
	・・・1日1回:朝食前 ・・・2018/09/07(金)		
	2) ロキソプロフェンNaテープ100mg「科研」(7枚/袋) (1日1回貼付) 1日1枚使用 ・・・1日1回 ・・・2018/09/07(金)	5袋	
3) レバミピド錠100mg「オファ」(先発:ホスタ)	3錠	14日分	
・・・1日3回:朝昼夕食後 ・・・2018/09/07(金)			

以下余白

備	麻薬施用者番号	患者住所
考	保険医署名	「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。
	分割調剤	分割日数: 30日 分割回数: 3回
	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

調剤済年月日	公費負担者番号
--------	---------

公費負担医療又は 老人医療の受給者番号	
------------------------	--

病院確認印が無い場合は、お問い合わせください。

調剤済年月日	公費負担者番号
--------	---------

公費負担医療又は 老人医療の受給者番号	
------------------------	--

調剤済年月日	公費負担者番号
--------	---------

公費負担医療又は 老人医療の受給者番号	
------------------------	--

調剤済年月日	公費負担者番号
--------	---------

★患者さんへ

- ①処方せんの有効期間は発行日を含め4日間（土日祝日を含む）です。有効期間を過ぎた場合、保険薬局でお薬を受け取ることができません。
- ②事前に処方せんをFAXで送った場合でも、保険薬局でのお薬の受け取りには処方せんが必要です。
- ③この処方せんは全国どこの保険薬局でも有効です。ただし、麻薬など一部のお薬については取扱いのない薬局があります。

- ★以下の身体・検査値情報は、保険薬局でお薬の種類や用量を確認し、副作用を予防するために必要なものです。
直近6ヶ月で最新のものを表示しています。

【身体情報】

身長	156.0 cm	体重	60.000 kg	体表面積	1.593 m ²
測定日	2009/07/28	測定日	2014/11/04		

【検査情報(検査技術部)】

項目	測定値	測定日	項目	測定値	測定日
WBC(x10 ³ /μL)	-----	-----	eGFR(M)(mL/min)	-----	-----
Hgb(g/dL)	-----	-----	eGFR(F)(mL/min)	-----	-----
PLT(x10 ³ /μL)	-----	-----	Alb(g/dL)	-----	-----
PT(INR)	-----	-----	CK(U/L)	-----	-----
AST(U/L)	-----	-----	K(mmol/L)	-----	-----
ALT(U/L)	-----	-----	HbA1c(NGSP)(%)	-----	-----
T-Bil(mg/dL)	-----	-----	CRP(mg/dL)	-----	-----
Cr(mg/dL)	-----	-----	※eGFR: 体表面積 1.73m ² あたりの値		

※検査結果を保険薬局に伝えたくない場合は、中央の点線部分で切り離し、左側の処方せん部分のみご使用いただくことも可能です。