

# 処方せん

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

1/1

公費負担者番号		保険者番号	
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	
患者番号	0099902348	特定承認保険医療機関の所在地及び名称	愛知県名古屋港区港明1-10-6
氏名	テスト 234	中部労災病院	
生年月日	昭和8年10月15日 女性	電話番号	052-652-5511
区分・負担割合	10割	保険医氏名	テスト薬剤師 印
		都道府県番号	23
		点数表番号	1
		医療機関コード	1100321

診療科	整形外科	交付年月日	平成29年06月22日	交付日を含めて4日以内に
		処方箋使用期限	平成29年06月25日	保険薬局に提出して下さい。

処方	変更不可	[ 個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に着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。 ]

備考	麻薬免許証番号: 第 号
	<input type="checkbox"/> (自費課) 保険薬局が調剤時に税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 [ 「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。 ] 保険医師名: 印

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		公費負担医療の受給者番号	
保険薬剤師氏名	印		

## 院外処方箋に関する注意事項

- ・院外処方箋には有効期限があります。公布年月日を含めて4日間以内です（特に記載のある場合を除く）
- ・下記の検査値は、患者様の処方箋を受け付けた保険薬局が薬の内容確認、服薬指導に活用することで、安全な薬物療法につなげるためのものです。

### 【検査情報】

検査項目	白血球数	ヘマトクリット	血小板数	PT-INR	AST	ALT	総ビリルビン
検査日	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
結果	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
基準値	4.0~9.0	M:13.0~17.0 F:12.0~15.0	16~35	0.9~1.13	13~33	6~27	0.2~1.2
単位	$\times 10^3/\mu\text{L}$	g/dL	$\times 10^4/\mu\text{L}$	-	U/L	U/L	mg/dL

検査項目	クレアチニン	eGFR	CPK	CRP	K	HbA1c
検査日	-----	-----	-----	-----	-----	-----
結果	-----	-----	-----	-----	-----	-----
基準値	M:0.6~1.1 F:0.4~0.7	-	20~200	0.3未満	3.6~4.9	4.6~6.2
単位	mg/dL	mL/分/1.73m <sup>2</sup>	U/L	mg/dL	mmol/L	%

### 【身体情報】

身長	199.0cm	体重	10.000kg	体表面積	0.887m <sup>2</sup>
測定日	2015/01/21	測定日	2015/01/21		

### 医師コメント欄