

# 院外処方せん

(この処方せんは、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ID フリガナ 患者氏名	0099000511 テスト ブイナ テスト GXV07	区分・負担割合	被保険者 10割
生年月日	昭和57年05月12日	保険医療機関の所在地及び名称	大分県別府市大字内籠1473番地 独立行政法人国立病院機構 別府医療センター
性別・年齢	男性 35才	電話番号	0977-67-1111
診療科	総合診療科	医師氏名	開発系 管理者 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>
交付年月日	平成29年08月02日	処方せん使用期間	平成29年08月05日
変更不可	<input type="checkbox"/> 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	1) アダラートL錠10mg 1錠 7日分 ・・・・1日1回朝食後30分 以下余白		
備考	麻薬施用者番号 患者住所 その他 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 「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。 保険医署名 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>		
調剤済年月日	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		公費負担医療の受給者番号	

第 01 版



処方せん番号: 0000

14:14:36

《患者さんへ》

- ・この処方せんは「院外処方せん」です。交付日を含めて4日以内(土日祝日を含みます)に保険薬局に提出してください。
- ・処方医の印かんが押してあることを確認してください。
- ・1階外来ホール「院外処方せんFAXコーナー」では、患者さんの希望される保険薬局に処方せんの内容をファックスで、送信し薬局での待ち時間を少なくするサービスを無料で行っていきますので、ご利用ください。

以下の検査値情報は、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。保険薬局への検査値等の提供に差し支えのある方は、右半分を切り離して使用して下さい。

検査値 (90日以内に測定歴のある検査値を表示しています。)

項目	WBC	NEUT	HGB	PLT	PT-INR	AST	ALT	T-BIL	血清Cr	eGFR	CK	CRP	K	HbA1C
検査値	-----	-----	2410	370	13.1	36.4	98.4	35.4	36.0	14.9	-----	-----	2.0	1.0
検査日	-----	-----	04/30	04/30	03/03	04/01	05/04	04/02	04/03	01/04	-----	-----	05/03	05/02

※WBC, PTLの単位は(10<sup>3</sup>/μL)です。

※eGFR: 体表面積1.73m<sup>2</sup>あたりの値で表示しています。

身体情報(未測定の場合もあります)

身長 172.0 cm 体重 90.00 kg 体表面積 2.031 m<sup>2</sup>

測定日 2017/05/11 測定日 2017/05/11

保険薬局への連絡事項(医師→薬局)

計算窓口