

処方箋

患者番号: 9999955553

(この処方箋は、どの薬局でも有効です。)

1/1

公費負担者番号 又は市町村番号	5	1	1	4	6	0	1	7
公費負担医療又は 老人医療の受給者番号								

保険者番号	3	9	1	4	2	0	1	3
被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号								(枝番)

氏名	テスト カンジャ	様
生年月日	1930年05月05日	91才 男性
区分	被保険者	負担割合 0割

保険医療機関の 所在地及び名称	〒236-0051 横浜市金沢区富岡東6-16-1 地方独立行政法人神奈川県立病院機構 神奈川県立循環器呼吸器病センター
電話番号	[045]701-9581
都道府県番号	14
診療科名	呼吸器1科
保険医氏名	テスト医師 (印)

交付年月日	令和4年02月08日	処方箋の 使用期限	令和4年02月11日
-------	------------	--------------	------------

変更不可	[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。]
------	---

処方	1) 200mg カロナール錠 ・・・痛む時 以下余白	3錠 3回分
----	-----------------------------------	-----------

方		
---	--	--

備	麻薬施用者番号 高7	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。] (印)
	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。

患者さんへ

これは院外処方せんです。

- ①交付日を含めて**4日以内**（土日祭日を含む）に保険薬局へ提出してください。
記載の使用期限を過ぎた場合、保険薬局でお薬を受け取ることができなくなります。
- ②処方せんの再発行はできません。紛失された場合は再度受診が必要となり、費用負担が生じます。無くさないようお気を付けください。
- ③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。

下記の情報は、保険薬局でより安全にあなたのお薬を管理していくために有用な情報です。知られたくない場合は、右半分を切り離し、左半分のみをご提出ください。

保険薬局への連絡事項

- ①疑義照会はお電話で直接処方医師にご照会ください。
電話番号：**045-701-9581**
- ②薬剤情報提供書（トレーシングレポート）は
当院薬剤科ホームページに掲載しております。ご活用ください。
なお、当院の薬剤情報提供書を使用しなくても構いません。
FAX送信先：**045-780-1426**



以下の検査値情報を、処方監査や服薬指導などにご活用ください。
患者さんが希望すれば、切り離してお渡しください。
検査結果（直近3か月以内の検査から）
基準値は当院薬剤科ホームページをご覧ください。

(※期間内に該当検査が実施されていない場合は、表示されません)



検査名(単位)	結果	検査日	検査名(単位)	結果	検査日
WBC (/μL)	-----	-----	血清Cre (mg/dL)	-----	-----
Neu (%)	-----	-----	e-GFR (mL/min/1.73m ²)	-----	-----
Hb (g/dL)	-----	-----	PT-INR	-----	-----
Plt (×10 ³ /μL)	-----	-----	K (mmol/L)	-----	-----
AST (U/L)	-----	-----	Ca (mg/dL)	-----	-----
ALT (U/L)	-----	-----	Na (mmol/L)	-----	-----
T-Bil (mg/dL)	-----	-----	Mg (mg/dL)	-----	-----
ALB (g/dL)	-----	-----	HbA1c (%)	-----	-----
UA (mg/dL)	-----	-----	CK (U/L)	-----	-----

【身体情報】

身長	----- cm	体重	----- kg	体表面積	----- m ²
測定日	-----	測定日	-----		