

公費負担者番号 又は市町村番号									
公費負担医療又は 老人医療の受給者番号									

保 険 者 番 号	0	6	0	0	0	0	0	0	0
被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号	あ	1		2	3	4			

患者ID	9961000028								
氏 名	ンテスト 028 様 ンテスト SE028 昭和51年08月23日 41才 女性								
区 分	被保険者			負担割合			3割		
処 方 せ ん の 使 用 期 限		平成29年12月02日							

都道府県 番号	1	3	点 数 表 番号	1	医療機関 コード	0	3	1	0	2	4	3
------------	---	---	-------------	---	-------------	---	---	---	---	---	---	---

交 付 年 月 日	平成29年11月29日											
処 方	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。]										
		1) ロキソニン錠60mg 3錠 1回 1錠（1日 3錠） ムコスタ錠100mg 3錠 1回 1錠（1日 3錠） ・・・1日3回 毎食後 7日分 以下余白										

備 考	麻薬施用者番号 患者住所										
	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。] ㊞										
	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。） ☐ 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 ☐ 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							

後発医薬品変更情報は、お薬手帳をお願いします。
お問い合わせは、FAXをお願いします。
【FAX（03）3433-5828】

お知らせ

- 処方箋の有効期間は発行日を含め4日間（土日祝祭日含む）です。
- 処方箋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になり、費用負担（自費）が生じます。
- この処方箋は全国どこの保険薬局でも有効です。
- 直近3か月の主な検査結果

検査値は安全な調剤のために必要な情報ですが、保険薬局へ検査結果を伝えたくない場合は、用紙中央の点線部分で切り離して左側の処方箋のみ渡してください。

検査	WBC	Hb	Plt	PT-INR	AST
月日	2017/11/29	2017/11/29	2017/11/29	-----	2017/11/29
結果	6.3	16.1	283	-----	22
基準	3.3～8.6 (10*3/ μ L)	男13.7～16.8 女11.6～14.8 (g/dL)	158～348 (10*3/ μ L)		13～30 (U/L)
検査	ALT	T-Bil	血清Cr	e-GFR	CK
月日	2017/11/29	2017/11/29	-----	-----	-----
結果	11	0.7	-----	-----	-----
基準	男10～42 女7～23 (U/L)	0.4～1.5 (mg/dL)	男0.65～1.07 女0.46～0.79 (mg/dL)		男59～248 女41～153 (U/L)
検査	CRP	K	HbA1c		
月日	-----	-----	-----		
結果	-----	-----	-----		
基準	0.00～0.14 (mg/dL)	3.6～4.8 (mmol/L)	4.9～6.0 (%)		

● 保険薬局の方へ

当院では、処方箋調剤時において後発医薬品へ変更した場合の「後発医薬品変更報告書」による情報提供をもとめないこととし、患者さんの「お薬手帳」にて確認することとしています。お薬手帳には調剤した後発医薬品名と処方された薬剤の銘柄名を併記いただきますようお願い致します。

QR
情報

