

部門番号:

出力時刻: 10:58:52

(PRESCRIPTION)
(この処方箋は、どの薬局でも有効です。)

交付日を含めて4日以内に
保険薬局に提出して下さい。

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	9967300010		
氏名	ンテスト ショホウ010 様		
	ンテスト 処方010 昭和51年08月23日 45才 女性		

保険医療機関の所在地及び名称 〒105-8471 東京都港区西新橋3丁目19番18号 東京慈恵会医科大学附属病院
電話番号 03(3433)1111番
診療科名 消化器・肝臓内科
保険医氏名 医師001富

都道府県番号	1	3	点教表番号	1	医療機関コード	0	3	1	0	2	4	3
--------	---	---	-------	---	---------	---	---	---	---	---	---	---

区分	被保険者	負担割合	3割
----	------	------	----

交付年月日	令和4年06月24日	処方箋の使用期限	令和4年06月27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) ラシックス錠20mg 1錠 1回1錠（1日1錠） ・・・1日1回 朝食後 30日分 以下余白		
方	サワイル可 <input type="checkbox"/> (一回)		

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。]
---	---

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
調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。）	
<input type="checkbox"/> 1回目調剤日（ 年 月 日）	<input type="checkbox"/> 2回目調剤日（ 年 月 日）
<input type="checkbox"/> 次回調剤予定日（ 年 月 日）	<input type="checkbox"/> 3回目調剤日（ 年 月 日）
<input type="checkbox"/> 次回調剤予定日（ 年 月 日）	<input type="checkbox"/> 次回調剤予定日（ 年 月 日）

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

疑義照会については下記の通りお問い合わせください。
処方内容に関する事 FAX (03)3433-5828(薬剤部)
保険情報に関する事 TEL (03)3433-1111(業務課)

【患者さんへ】 For patients

- ・ 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。
This prescription is valid for only **4 calendar days including the day of issue.**
- ・ 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。
This prescription cannot be reissued. If you lose the prescription, you must visit the hospital again and pay another fee (not covered by insurance).
- ・ この処方箋は全国どここの院外薬局でも有効です。
This prescription is valid at all community pharmacies outside of the hospital.

【保険薬局の方へ】

- ・ 処方箋の疑義照会については、下記の通りお問い合わせください。
 - ・ 処方内容に関する事
疑義照会内容を記載し、FAXで当院薬剤部へお問い合わせください。
FAX 03-3433-5828
 - ・ 保険情報に関する事
当院業務課へお問い合わせください。
TEL 03-3433-1111（大代表）業務課外来会計（9:00～17:30・休日除く）
- ・ 「後発医薬品変更報告書」の情報提供は不要です。薬局で調剤した後発医薬品名と処方された医薬品の銘柄名をお薬手帳に併記するようお願い致します。

【直近3ヶ月の主な検査結果】

- ・ 当院では安全な調剤のために処方箋に検査結果の一部を印字しています。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。
- ・ 期間内に該当検査が実施されていない場合には検査値は表示されません。

検査 (基準値)	WBC (3.3~8.6)	Hb (男13.7~16.8) (女11.6~14.8)	Plt (158~348)	PT-INR	AST (13~30)	ALT (男10~42) (女7~23)	T-Bil (0.4~1.5)
月日	2022/06/16	2022/06/16	2022/06/16	2022/06/16	2022/06/16	2022/06/16	2022/06/16
結果	4.8	15.8	201	5.5	15	22	0.8

検査 (基準値)	血清Cr (男0.65~1.07) (女0.46~0.79)	e-GFR	CK (男59~248) (女41~153)	CRP (0.00~0.14)	K (3.6~4.8)	HbA1c (4.9~6.0)	UA (男3.7~7.0) (女2.6~5.5)
月日	2022/06/16	2022/06/16	2022/06/16	2022/06/16	2022/06/16	2022/06/16	2022/06/16
結果	0.82	8	123	0.10	4.5	5.5	5.5

QR情報		
------	---	---