

# 院外処方箋 (この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号		保険者番号	4	4	0	4	7	9					
公費負担医療の受給者番号		被保険者資格に係る記号・番号	0 0 0 0 9 5 6 (02)										
患者番号 03388249	保険医療機関の所在地及び名称		大分県由布市挾間町医大ヶ丘1-1 国立大学法人 大分大学医学部附属病院										
患者氏名 医事取込 1	電話番号		097-549-4411										
生年月日 昭和 45 年 10 月 10 日生	診療科名		呼吸器・感染症内科										
年齢 55歳7ヶ月	性別		男・女										
区分 被保険者	保険医氏名		NEC 動作確認 2 1 印										
	保険医療機関での自己負担区分: 病200以上												
	都道府県コード	4	4	点数表番号	1	医療機関コード	8	2	1	0	6	7	2

交付年月日 令和 08 年 06 月 01 日	処方箋の使用期間	年 月 日	特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。
変更不可 (医療上必要)	患者希望	備考	
個々の処方薬について、医療上の必要性があるため、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更には、「変更不可」欄に「✓」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。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「✓」又は「×」を記載すること。			
処方	01	ツムキゆう帰膠艾湯I+顆粒 3.0g/包 77番 1日3回 朝・昼・夕食後	1回1包 (1日3包) 10日分
	02	ツム黄連解毒湯 2.5g/包 15番 1日3回 朝・昼・夕食後	1回1包 (1日3包) 10日分
	03	ツム温経湯 2.5g/包 106番 1日3回 朝・昼・夕食後	1回1包 (1日3包) 10日分
	04	ツム牛車腎気丸 2.5g/包 107番 1日3回 朝・昼・夕食後	1回1包 (1日3包) 10日分
	05	ツム桂枝加朮附湯I+顆粒 2.5g/包 18番 1日3回 朝・昼・夕食後	1回1包 (1日3包) 10日分
	06	ツム桂枝加芍薬湯 2.5g/包 60番 1日3回 朝・昼・夕食後	1回1包 (1日3包) 10日分
		リフィル可 <input type="checkbox"/> ( 回 )	【※リフィル処方箋とは、症状が安定している患者に発行し、最大3回まで反復利用できる処方箋】
		★★★★★【次頁有】★★★★★	

備考	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	
調剤	麻薬施用者番号	患者住所
	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"/> 調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供	
	調剤実施回数(調剤回数に応じて、□に「✓」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"/> 3回目調剤日( 年 月 日) 次回調剤予定日( 年 月 日) 次回調剤予定日( 年 月 日)	
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	(印)	公費負担医療の受給者番号
保険薬剤師氏名		

処方No. 746

入力時刻 : 15:33

出力時刻 : 15:33

## <<患者の皆様へ>>

- この処方箋は「院外処方箋」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階外来ホールの「院外処方箋受付コーナー」では、患者さんの希望される保険薬局に処方箋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ますので、ご利用ください。

[お問い合わせ先及びお願い] 電話番号 : 097-549-4411 (代表)

処方内容など一処方医  
事務的内容など一医事課外来担当 内線 5421

※修正済み処方箋、後発医薬品情報提供用紙、処方医からのコメントは薬剤部FAX(097-586-6119)へ送信してください。

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。

### 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。)

	WBC	NEUT	HGB	PLT	PT-INR	AST	ALT	T-BIL	血清Cr	eGFR	CK	CRP	K	HbA1C
検査日	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****
検査値	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****
検査日	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****
検査値	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****

※WBC、PLTの単位は(10<sup>3</sup>/μl)です。

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

※検査値の概要は、院薬剤部ホームページ(<http://www.med.oita-u.ac.jp/yakub/>)をご覧ください。

身体情報 (未測定の場合もあります)

身長 170.00 cm (測定日 2021/09/29)

体重 60.00 kg (測定日 2021/09/29)

体表面積 1.79 m<sup>2</sup>

治療名

電話番号

疑義照会等事前同意プロトコルに同意しない場合、「レ」又は「×」を記載し、署名すること。  
 疑義照会等事前同意プロトコルに同意しない

保険薬局への連絡事項 (医師→薬局)  
処方監査・服薬指導に必要な場合は病名を記載してください。

保険薬局からの連絡事項 (薬局→医師)



# 院外処方箋 (この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

処方No. 746

入力時刻 : 15:33

出力時刻 : 15:33

公費負担者番号		保険者番号	4	4	0	4	7	9					
公費負担医療の受給者番号		被保険者資格に係る記号・番号	0 0 0 0 9 5 6 (02)										
患者番号 03388249	保険医療機関の所在地及び名称		大分県由布市挾間町医大ヶ丘1-1 国立大学法人 大分大学医学部附属病院										
患者氏名 医事取込 1	電話番号		097-549-4411										
生年月日 昭和 45 年 10 月 10 日生	診療科名		呼吸器・感染症内科										
年齢 55歳7ヶ月	性別		男・女										
区分 被保険者	保険医氏名		NEC 動作確認 2 1 印										
都道府県コード		4	4	点数表番号	1	医療機関コード	8	2	1	0	6	7	2

交付年月日 令和 08 年 06 月 01 日	処方箋の使用期間	特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。
変更不可 (医療上必要)	患者希望	備考
<p>個々の処方薬について、医療上の必要性があるため、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更には、「変更不可」欄に「✓」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。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「✓」又は「×」を記載すること。</p> <p>★★★★【前頁有】★★★★</p> <p>07 ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒 2.5g/包 25番 1回 1包 (1日 3包) 10日分 1日3回 朝・昼・夕食後</p> <p>08 ツムラ清暑益気湯エキス顆粒 2.5g/包 136番 1回 1包 (1日 3包) 10日分 1日3回 朝・昼・夕食後</p> <p>09 ツムラ柴胡加竜骨牡蠣湯エキス顆粒 2.5g/包 12番 1回 1包 (1日 3包) 2日分 ピオフェルミン錠剤 1回 1錠 (1日 3錠) 2日分 1日3回 朝・昼・夕食後</p> <p>10 ツムラ柴胡桂枝乾姜湯エキス顆粒 2.5g/包 11番 1回 1包 (1日 3包) 5日分 1日3回 朝・昼・夕食後</p> <p>11 ツムラ真武湯エキス顆粒 2.5g/包 30番 1回 1包 (1日 3包) 2日分 カロナール錠 200mg 1回 1錠 (1日 3錠) 2日分 1日3回 朝・昼・夕食後</p> <p>リフィル可 <input type="checkbox"/> ( 回 ) 【※リフィル処方箋とは、症状が安定している患者に発行し、最大3回まで反復利用できる処方箋】</p> <p>★★★★【次頁有】★★★★</p>		

備考	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
考	麻薬施用者番号	患者住所
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"/> 調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供		
調剤回数(調剤回数に応じて、 <input type="checkbox"/> に「✓」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"/> 3回目調剤日( 年 月 日) 次回調剤予定日( 年 月 日) 次回調剤予定日( 年 月 日)		
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	(印)	公費負担医療の受給者番号
保険薬剤師氏名		

<<患者の皆様へ>>

- この処方箋は「院外処方箋」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「院外処方箋受付コーナー」では、患者さんの希望される保険薬局に処方箋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提供していますので、ご利用ください。

[お問い合わせ先及びお願い] 電話番号 : 097-549-4411 (代表)

処方内容など一処方医  
事務的内容など一医事課外来担当 内線 5421

※修正済み処方箋、後発医薬品情報提供用紙、処方医からのコメントは薬剤部FAX(097-586-6119)へ送信してください。

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。

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。)

	WBC	NEUT	HGB	PLT	PT-INR	AST	ALT	T-BIL	血清Cr	eGFR	CK	CRP	K	HbA1C
検査日	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****
検査値	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****
検査日	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****
検査値	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****

※WBC、PLTの単位は(10<sup>3</sup>/μL)です。

※eGFRは体表面積1.73m<sup>2</sup>あたりの値で表示されています。

※検査値の概説は当院薬剤部ホームページ(<http://www.med.oita-u.ac.jp/yakub/>)をご覧ください。

身体情報 (未測定 場合もあります)

身長 170 cm (測定日 2021/09/29)

体重 67.00 kg (測定日 2021/09/29)

体表面積 1.69 m<sup>2</sup>

治療名

電話番号

疑義照会等事前同意プロトコルに同意しない場合、「レ」又は「×」を記載し、署名すること。  
 疑義照会等事前同意プロトコルに同意しない

保険薬局への連絡事項 (医師→薬局)  
 処方監査・服薬指導に必要な場合は病名を記載してください。

保険薬局からの連絡事項 (薬局→医師)



# 院外処方箋 (この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号		保険者番号	4	4	0	4	7	9					
公費負担医療の受給者番号		被保険者資格に係る記号・番号	0 0 0 0 9 5 6 (02)										
患者番号 03388249	保険医療機関の所在地及び名称		大分県由布市挾間町医大ヶ丘1-1 国立大学法人 大分大学医学部附属病院										
患者氏名 医事取込 1	電話番号		097-549-4411										
生年月日 昭和 45 年 10 月 10 日生	診療科名		呼吸器・感染症内科										
年齢 55歳7ヶ月 性別 ♂・女	保険医氏名		NEC 動作確認 2 1 印										
区分 被保険者 被扶養者	保険医療機関での自己負担区分：病200以上												
	都道府県コード	4	4	点数表番号	1	医療機関コード	8	2	1	0	6	7	2

交付年月日 令和 08 年 06 月 01 日	処方箋の使用期間	年 月 日	特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。
変更不可 (医療上必要)	患者希望	備考	
個々の処方薬について、医療上の必要性があるため、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更には差支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」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。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「✓」又は「×」を記載すること。			
処方	方	12	ツムラ清心蓮子飲エキス顆粒 2.5g/包 111番 1回 1包 (1日 2包) 1日 2回 朝・夕食直前 1日分
		13	ツムラ八味地黄丸エキス顆粒 2.5g/包 (医療用) 7番 1回 1包 (1日 3包) 1日 3回 朝・昼・夕食後 1日分
		14	ツムラ茯苓飲合半夏厚朴湯エキス顆粒 2.5g/包 116 1回 1包 (1日 3包) 1日 3回 朝・昼・夕食後 1日分
		15	ツムラ帰脾湯エキス顆粒 2.5g/包 65番 1回 1包 (1日 3包) 1日 3回 朝・昼・夕食後 1日分
----- 以下 余 白 -----			
リフィル可 <input type="checkbox"/> ( 回) 【※リフィル処方箋とは、症状が安定している患者に発行し、最大3回まで反復利用できる処方箋】			

備考	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	
調剤実施回数	調剤回数に応じて、□に「✓」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。	
□1回目調剤日( 年 月 日) □2回目調剤日( 年 月 日) □3回目調剤日( 年 月 日)	次回調剤予定日( 年 月 日) 次回調剤予定日( 年 月 日)	
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	(印)	公費負担医療の受給者番号
保険薬剤師氏名		

処方No. 746

入力時刻 : 15:33

出力時刻 : 15:33

## <<患者の皆様へ>>

- ・この処方箋は「院外処方箋」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「院外処方箋受付コーナー」では、患者さんの希望される保険薬局に処方箋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提供していますので、ご利用ください。

[お問い合わせ先及びお願い] 電話番号 : 097-549-4411 (代表)

処方内容など一処方医

事務的内容など一医事課外来担当 内線 5421

※修正済み処方箋、後発医薬品情報提供用紙、処方医からのコメントは薬剤部 FAX (097-586-6119)へ送信してください。

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。

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。)

	WBC	NEUT	HGB	PLT	PT-INR	AST	ALT	T-BIL	血清Cr	eGFR	CK	CRP	K	HbA1C
検査日	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****
検査値	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****
検査日	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****
検査値	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****

※WBC、PLTの単位は (10<sup>3</sup>/μl) です。

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

※検査値の概説は当院薬剤部ホームページ (http://www.med.oita-u.ac.jp/yakub/) をご覧ください。

身体情報 (未測定の場合もあります)

身長 170.0 cm (測定日 2021/09/29)

体重 70.0 kg (測定日 2021/09/29)

体表面積 1.69 m<sup>2</sup>

治療名

電話番号

疑義照会等事前同意プロトコルに同意しない場合、「レ」又は「×」を記載し、署名すること。

疑義照会等事前同意プロトコルに同意しない

保険薬局への連絡事項 (医師→薬局)

処方監査・服薬指導に必要な場合は病名を記載してください。

保険薬局からの連絡事項 (薬局→医師)