

院外処方箋 (この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

分割指示に係る処方箋

—分割の 1 回目

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					

患者番号 99800509	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
患者氏名 テスト薬剤部 患者	国立大学法人 大分大学医学部附属病院	
生年月日 昭和 22 年 02 月 22 日生	電話番号 097-549-4411	
年齢 73歳3ヶ月	診療科名 内科第1 (旧)	
性別 (男) ・ 女	保険医氏名 NEC 医師	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 44 点数表 1 医療機関 コード 8210672	

交付年月日 令和 02 年 06 月 12 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。 年 月 日
----------------------------	--------------	---

変更 不可	個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更にあわせ、差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	備考
01	フィソワザン塩酸塩錠60mg「SANIK」 1回 1錠 (1日 1錠) 1日 1回 昼食後 _____日分 (総投与日数 60日分)	
02	ミヤBM錠 1回 1錠 (1日 3錠) 1日 3回 朝・昼・夕食後 _____日分 (総投与日数 60日分)	
03	アルダクトンA細粒10% [力価] 1回 20mg (1日 40mg) 1日 2回 朝・夕食後 _____日分 (総投与日数 60日分)	力価表示です。調剤時注意
04	ロキソニンテープ50mg _____袋 (総投与量 10袋) 1日 1回 1日分の用量は 2 枚	
★★★★★【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	高 7
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。） □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	年 月 日	公費負担者番号					
保険薬局の所在地 及び名称		公費負担医療 の受給者番号					
保険薬剤師氏名	(印)						

処方No. 8034

入力時刻：09:04

出力時刻：09:57

＜＜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（10³/μL）です。

※eGFR：体表面積1.73m²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 150.00 cm (測定日 2008/05/15)

体重 50.00 kg (測定日 2008/05/15)

体表面積 1.43 m²

治療名

電話番号 097-999-9999

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）

__分割の 1 回目

保険医療機関での自己負担区分：病200以上

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。

★★★★★【前頁有】★★★★★★★★★★【次頁有】★★★★★2 / 4

2 / 4



__分割の 1 回目

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
電話番号	097-549-4411
診療科名	内科第1 (旧)
保険医氏名	NEC 医師

特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険業局に提出すること。

年 月 日

備考

出力時刻 : 09:57

・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。

※修正ずみ処方箋、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。

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。）

※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。

体表面積 1.43 m²

電話番号 097-999-9999

☐ 疑義照会等事前同意プロトコルに同意しない

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。） 分割指示に係る処方箋 分割の 1 回目

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						
患者番号	99800509							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	テスト薬剤部 患者							電話番号	097-549-4411					
生年月日	昭和 22 年 02 月 22 日生							診療科名	内科第1 (旧)					
年齢	73歳3ヶ月							保険医氏名	NEC 医師 印					
性別	男・女							保険医療機関での自己負担区分：病200以上						
区分	被保険者 被扶養者							都道府県コード	44	点数表番号	1	医療機関コード	8210672	

交付年月日	令和 02 年 06 月 12 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	個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更と差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	備考
処	★★★★【前頁有】★★★★ 11 メイスパン配合軟膏100g/瓶 _____ g (総投与量 10g) 1日1回 ひどいところ _____ 以下余白	
方		

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	高7	
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。） ☐ 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	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	

処方No. 8034 入力時刻：09:04 出力時刻：09:57

＜＜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（ $10^3/\mu\text{L}$ ）です。
※eGFR：体表面積 1.73m^2 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 150.00 cm （測定日 2008/05/15）
体重 50.00 kg （測定日 2008/05/15）
体表面積 1.43m^2

治療名
電話番号 097-999-9999

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。)

分割指示に係る処方箋

分割の2回目

公費負担者番号

公費負担医療の受給者番号

保険者番号

被保険者証・被保険者手帳の記号・番号

患者番号 99800509

患者氏名 テスト薬剤部 患者

生年月日 昭和 22 年 02 月 22 日生

年齢 73歳3ヶ月 性別 男・女

区分 被保険者 被扶養者

保険医療機関 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

電話番号 097-549-4411 診療科名 内科第1(旧)

保険医名 NEC 医師 印

都道府県 大分県 点数表 1 医療機関コード 8210672

交付年月日 令和 02 年 06 月 12 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

個々の処方箋について、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「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

備考

01 フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「SANIK」 1回1錠(1日1錠) 1日1回 昼食後 日分 (総投与日数60日分)

02 ミヤBM錠 1回1錠(1日3錠) 1日3回 朝・昼・夕食後 日分 (総投与日数60日分)

03 アルダクトンA細粒10% [力価] 1回20mg(1日40mg) 1日2回 朝・夕食後 日分 (総投与日数60日分)

04 ロキソニンテープ50mg 1日1回 1日分の用量は2枚 袋 (総投与量10袋)

*****【次頁有】*****

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 高7

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)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 調剤 □保険医療機関へ情報提供

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

1 / 4

処方No. 8034

入力時刻: 09:04

出力時刻: 09:57

<<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内容の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(10³/μL)です。

※eGFR: 体表面積1.73m²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 150.00 cm (測定日 2008/05/15)

体重 50.00 kg (測定日 2008/05/15)

体表面積 1.43 m²

治療名

電話番号 097-999-9999

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)

1 / 4

—分割の 2 回目

保 険 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
電 話 番 号	097-549-4411
診療科名	内科第 1 (旧)
保 険 医 氏 名	NEC 医師

区分被保險者 ~~種*類*壽*者*~~

都道府県	4	4	点数表 番号	1	医療機関 コード	8	2	1	0	6	7	2
------	---	---	-----------	---	-------------	---	---	---	---	---	---	---

特に記号のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。

★★★★★【次頁有】★★★★★

方

者

保 険 薬 局 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。)

分割指示に係る処方箋

—分割の 2 回目

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	
患者番号 99800509	保険医療機関の 所在地及び名称	大分県由布市挾間町区大ヶ丘 1-1 国立大学法人 大分大学医学部附属病院	
患者氏名 テスト薬剤部 患者	電話番号	097-549-4411	
生年月日 昭和 22 年 02 月 22 日生	診療科名	内科第 1 (旧)	
年齢 73歳3ヶ月	保険医氏名	NEC 医師 印	
性別 男・女	保険医療機関での自己負担区分: 病200以上		
区分 被保険者 被扶養者	都道府県 コード 44	点数表 番号 1	医療機関 コード 8210672

交付年月日 令和 02 年 06 月 12 日	処方箋の 使用期間	特に記載のある場合を除き、交付の日をきめて4日以内に保険薬局に提出すること。 年 月 日
変更 不可	個々の処方箋について、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「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	備考
処 方	★★★★★【前頁有】★★★★★ 08 トラゾドン塩酸塩錠25mg「アメル」 1日 2錠 (2, 0, 0, 0) タケルダ配合錠 1日 1錠 (1, 0, 0, 0) バルプロ酸Na徐放錠100mg「トーフ」 1日 1錠 (0, 1, 0, 0) 1日4回 朝・昼・夕食後と就寝前 —日分 (総投与日数60日分) 09 ロキソプロフェン錠60mg「EMEC」 1錠 疼痛時 —回分 (総投与回数60回分) 10 ハリゾンシロップ100mg/mL 1回 2.5mL (1日 10mL) 1日4回6時、12時、18時、24時 —日分 (総投与日数60日分) ★★★★★【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 高 7
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。) □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	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

処方No. 8034

入力時刻 : 09:04

出力時刻 : 09:57

<<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→処方医

事務的内容など→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 (10³/μL) です。

※eGFR : 体表面積1.73m²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/>) をご覧下さい。

身体情報 (未測定の場合もあります)

身長 150.00 cm (測定日 2008/05/15)

体重 50.00 kg (測定日 2008/05/15)

体表面積 1.43 m²

治療名

電話番号 097-999-9999

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									
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									

患者番号	99800509																	
患者氏名	テストヤクザイ カンジャ																	
生年月日	昭和 22 年 02 月 22 日生																	
年齢	73歳3ヶ月																	
性別	性 別 (男) ・ 女																	
区分	被保険者 被扶養者																	

保 険 医 療 機 関 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 097-549-4411 診療科名 内科第1 (旧)																	
電 話 番 号																		
保 険 医 氏 名	NEC 医師 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 02 年 06 月 12 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		備考			
個々の処方箋について、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「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					
★★★★★【前頁有】★★★★★ 11 メイスパン配合軟膏100g/瓶 1日1回 ひどいところ 以下余白		g (総投与量 10g)			
備考		高7			
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			
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。） □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		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			

出力時刻 : 09:57

＜＜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。
- ・「随外来ホールの「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（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→処方医

事務的内容など→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。）

[illegible]

※WBC、PLTの単位は(10³/μL)です。

※eGFR：体表面積1.73m²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 150.00 c m (測定日 2008/05/15)

体重 50.00 kg (測定日 2008/05/15)

体表面積 1.43 m²

治療名

電話番号 097-999-9999

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④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					
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					
患者番号 99800509						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 テスト薬剤部 患者						電話番号	097-549-4411				
生年月日 昭和 22 年 02 月 22 日生						診療科名	内科第1 (旧)				
年齢 73歳3ヶ月						保険医氏名	NEC 医師				
性別 男						保険医療機関での自己負担区分: 病200以上					
区分 被保険者 被保険者						都道府県 コード 44	点数表 番号 1	医療機関 コード 8210672			

交付年月日 令和 02 年 06 月 12 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。 年 月 日
----------------------------	--------------	---

変更 不可	個々の処方箋について、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「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	備考
01	フェソフィジン塩酸塩錠60mg「SANIK」 1日1回 昼食後 1回1錠 (1日1錠) ____日分 (総投与日数60日分)	
02	ミヤBM錠 1日3回 朝・昼・夕食後 1回1錠 (1日3錠) ____日分 (総投与日数60日分)	
03	アルダクトンA細粒10% [力価] 1日2回 朝・夕食後 1回20mg (1日40mg) ____日分 (総投与日数60日分)	力価表示です。調剤時注意
04	ロキソニンテープ50mg 1日1回 1日分の用量は2枚 ____袋 (総投与量10袋)	
★★★★【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	高7
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。) ☐ 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	年 月 日	公費負担者番号	
保険薬局の所在地 及び名称		公費負担医療 の受給者番号	
保険薬剤師氏名	(印)		

処方No. 8034

入力時刻: 09:04

出力時刻: 09:57

<<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 (10³/μL) です。

※eGFR: 体表面積1.73m²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/>) をご覧下さい。

身体情報 (未測定の場合もあります)

身長 150.00 cm (測定日 2008/05/15)

体重 50.00 kg (測定日 2008/05/15)

体表面積 1.43 m²

治療名

電話番号 097-999-9999

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)

分割の 3 回目

保 険医療機関	大分県由布市挾間町区大ヶ丘 1 - 1
所在地及び名称	国立大学法人 大分大学医学部附属病院
電 話 番 号	097-549-4411
診療科名	内科第 1 (旧)
保 険 医 氏 名	NEC 医師

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。

備考

高7

示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。)

保 險藥局との連絡事項（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					
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					
患者番号	99800509					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	テスト薬剤部 患者					電話番号	097-549-4411				
生年月日	昭和 22 年 02 月 22 日生					診療科名	内科第1 (旧)				
年齢	73歳3ヶ月					性別	男				
区分	被保険者 継続医療*					保険医氏名	NEC 医師				
						都道府県コード	44	点数表番号	1	医療機関コード	8210672

交付年月日	令和 02 年 06 月 12 日	処方箋の使用期間	年 月 日
-------	-------------------	----------	-------

変更不可	個々の処方箋について、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「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	備考
08	*****【前頁有】***** トラゾドン塩酸塩錠25mg「アメル」 1日 2錠 (2, 0, 0, 0) タケルダ配合錠 1日 1錠 (1, 0, 0, 0) バルプロ酸Na徐放B錠100mg「トーフ」 1日 1錠 (0, 1, 0, 0) 1日4回 朝・昼・夕食後と就寝前 日分 (総投与日数60日分)	
09	ロキソプロフェン錠60mg「EMEC」 1錠 疼痛時 回分 (総投与回数60回分)	
10	ハリゾンシロップ100mg/mL 1回 2.5mL (1日 10mL) 1日4回6時、12時、18時、24時 日分 (総投与日数60日分)	
*****【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	高7
調剤済年月日	年 月 日	公費負担者番号	
調剤済年月日	年 月 日	公費負担医療の受給者番号	

処方No. 8034

入力時刻 : 09:04

出力時刻 : 09:57

<<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 (10³/μL) です。

※eGFR : 体表面積1.73m²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/>) をご覧下さい。

身体情報 (未測定の場合もあります)

身長 150.00 cm (測定日 2008/05/15)

体重 50.00 kg (測定日 2008/05/15)

体表面積 1.43 m²

治療名

電話番号 097-999-9999

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。)

分割指示に係る処方箋

—分割の 3 回目

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	
患者番号 99800509		保険医療機関の所在地及び名称	
患者氏名 テスト薬剤部 患者		電話番号 097-549-4411	
生年月日 昭和 22 年 02 月 22 日生		診療科名 内科第 1 (旧)	
年齢 73歳3ヶ月 性別 男・女		保険医氏名 NEC 医師 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	
交付年月日 令和 02 年 06 月 12 日		処方箋の使用期間	
変更不可		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。	
備考		備考	
処		処	
方		方	
11		11	
メイスパン配合軟膏100g/瓶		メイスパン配合軟膏100g/瓶	
1日1回		1日1回	
ひどいところ		ひどいところ	
以下余白		以下余白	
備考		備考	
保険証名		保険証名	
印		印	
高7		高7	
調剤済年月日		調剤済年月日	
年 月 日		年 月 日	
公費負担者番号		公費負担者番号	
公費負担医療の受給者番号		公費負担医療の受給者番号	

処方No. 8034

入力時刻：09:04

出力時刻：09:57

<<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。

処方医の印かさ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→処方医

事務的内容など→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（10³/μL）です。

※eGFR：体表面積1.73m²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 150.00 cm （測定日 2008/05/15）

体重 50.00 kg （測定日 2008/05/15）

体表面積 1.43 m²

治療名

電話番号 097-999-9999

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）

4 / 4

4 / 4

分割指示に係る処方箋（別紙）

（発行保険医療機関情報）

処方箋発行医療機関の保険薬局からの連絡先

電話番号 097-549-4411

FAX番号 097-586-6119

その他の連絡先

（受付保険薬局情報）

1回目を受け付けた保険薬局

名称

所在地

保険薬剤師氏名

調剤年月日

2回目を受け付けた保険薬局

名称

所在地

保険薬剤師氏名

調剤年月日

3回目を受け付けた保険薬局

名称

所在地

保険薬剤師氏名

調剤年月日