

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・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		
	都道府県コード	点数表番号	医療機関コード
	44	1	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。
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	<p>01 カロナール細粒 50% [力価] 1回 1mg (1日 3mg) 4日分 1日3回 朝・昼・夕食後</p> <p>02 ニフェジピンCR錠 20mg 「サワイ」 1回 1錠 (1日 2錠) 5日分 1日2回 朝・夕食後</p> <p>03 モーラステープ 20mg 7枚/袋 1袋 1日1~2回 首</p> <p>以下 余白</p>	力価表示です。調剤時注意
備考	<p>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</p> <p>印 高7</p> <p>麻薬施用者番号 患者住所</p> <p>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。) <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</p>	
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. 8044

入力時刻 : 09:10

出力時刻 : 09:56

<<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	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****

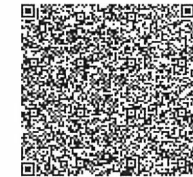
※WBC、PLTの単位は (10³/μL) です。

※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)