

# 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		Z 9 [ ] [ ] [ ] [ ]					
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	氏名	殿		保険医療機関の所在地および名称							
	生年月日	昭和35年	1月	1日	男	大阪府枚方市宮之阪3-16-21 地方独立行政法人大阪府立病院機構					
	区分	被保険者		電話番号	072-847-3261						
交付年月日	平成31年		2月	12日	都道府県番号	27	点数表番号	1	医療機関コード	2408034	
処方箋の使用期間 平成 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。

患者

処方

備考

「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。

保険医署名

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には「レ」又「×」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	公費負担医療の受給者番号	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
保険薬剤師氏名	印	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

# これは「院外処方箋」です

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このまま提出してください。

## 患者様へ

- お名前と内容をお確かめください。
- お薬は、現在おかりの保険薬局又は、住まいや職場に近いかかりつけ薬局(保険薬局)でお受け取りください。
- お受け取りになったお薬についての問い合わせは、ご利用になった保険薬局へお尋ねください。

## 保険薬局様へ

- 左記調剤方よろしく願います。
- 備考の後発医薬品に関しては、自筆署名又は、押印がある場合すべて変更不可で願います。
- 散薬の用量で単位が「mg」で記載されている場合は、成分量を表しています。
- 照会および情報提供については、以下のとおり願います。

【疑義照会・残薬確認に係る照会】

TEL: 072-847-3261(代表)

お問い合わせ先: 処方医

【情報提供】

FAX送信していただくよう願います。

FAX: 072-847-3279(薬局)



持効性注射剤	投与日	投与日	投与日	投与日	投与日

項目	基準値(単位)	検査値	検査日	項目	基準値(単位)	検査値	検査日
白血球数	40-98 (100/μL)			TSH	0.3-4.0 (μIU/mL)		
好中球数	(100/μL)			FT4	0.8-2.5 (ng/dL)		
血色素量	男14-18 女12-16 (g/dL)			CPK	男56-248 女46-168 (U/L)		
血小板数	13-40 (10000/μL)			ナトリウム	135-147 (mEq/L)		
GOT(AST)	13-31 (U/L)			カリウム	3.5-5.0 (mEq/L)		
GPT(ALT)	男11-43 女7-25 (U/L)			マグネシウム	1.8-2.5 (mg/dL)		
クレアチニン	男0.7-1.3 女0.6-1.0 (mg/dL)			HbA1c(NGSP)	4.6-6.2 (%)		
血中アンモニア	30-86 (μg/dL)			尿酸	男3.6-7.0 女2.5-7.0 (mg/dL)		