

院外処方箋

(科名：内科) (この処方箋はどの保険薬局でも可能です。)

1/1

公費負担者番号					
公費負担医療の受給者番号					

保険者番号				0	0	0	0
被保険者証・被保険者手帳の記号・番号							

患者番号：9999000148 生年月日：昭和34年08月30日
 カナ氏名：テスト 014 年齢：60歳
 漢字氏名：テスト 014 様 性別：男性
 患者住所：

保険医療機関の所在地及び名称 鹿児島市上荒田町37-1
 鹿児島市立病院
 電話番号 [099]230-7000
 施用者番号
 保険医氏名 開発系管理者 印

都道府県番号	4	6	点数表番号	1	医療機関コード	0	1	2	6	6	3	5
--------	---	---	-------	---	---------	---	---	---	---	---	---	---

区分 被保険者

交付年月日 令和1年11月01日 交付日含めて4日以内に保険薬局へ提出すること

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「x」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) セレコックス錠【100mg】 1回1錠(1日2錠) ・・・1日2回 朝・夕食後 ・・・2019/11/01(金)	2錠	30日分
方	2) プレドニ錠5mg 1回1錠(1日1錠) ・・・1日1回 朝食後 ・・・2019/11/01(金)	1錠	30日分
	3) ネキシウムカプセル【10mg】 1回1cap(1日1cap) ・・・1日1回 夕食後 ・・・2019/11/01(金)	1cap	30日分
	4) ポラプレジンクOD錠75mg「サワイ」 1回1錠(1日1錠) ・・・1日1回 朝食後 ・・・2019/11/01(金)	1錠	30日分
	以下余白		

備考 保険医署名 印

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「x」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 令和 年 月 日 公費負担者番号 公費負担医療の受給者番号

保険薬局の所在地及び名称 保険医氏名

患者の皆様へ

- この処方箋の使用期限は、**令和1年11月04日**です。記載の使用期限を過ぎた場合、保険薬局でお薬を受け取ることができません。
- 処方箋の再発行はできません。
- 処方箋を事前にファックスで送信した場合でも、保険薬局でのお薬の受け取りには処方箋が必要です。
- 最下部の記載項目(身長・体重・検査値)は、保険薬局の薬剤師がお薬の効き目や副作用の症状を確認する目的で記載しています。ご理解のほどよろしくお願いいたします。

保険薬局の薬剤師の皆様へ

- 処方内容に疑義がある場合は、各診療科の処方医へ直接電話で照会してください。また、保険に関することは、医事情報課にご連絡ください。
- 当院へのフィードバックや疑義照会後の内容や変更点の報告は、「保険薬局薬剤師からの連絡」欄に必要事項を記入し、下記まで連絡してください。
TEL(代表) 099-230-7000(電話交換手が医師・各部署へおつなぎします。)
FAX(事務局) 099-230-7070(送信間違いには十分ご注意ください。)
- 当院と鹿児島県薬剤師会との「院外処方箋における疑義照会事前同意プロトコール」につきましては、鹿児島県薬剤師会ホームページの会員向けページ(要ログイン)をご確認ください。

保険薬局薬剤師からの連絡 [処方箋の患者氏名・生年月日・年齢・性別は隠した状態でファックスしてください。記載枠が不足する場合は、当院ホームページ内の疑義照会報告書をご活用ください。]

患者番号：[] イニシャル：姓[] 名[]

薬局名： TEL：

薬剤師名：

身長・体重・検査値を保険薬局に伝えたくない場合はこちらの点線で切り取ってください。

身長	体重	体表面積：Du Bois 式(成人)
150.0 cm	50.000 kg	1.433 m ²
2019/10/04	2019/10/04	

検査名	検査日	検査値	基準値	検査名	検査日	検査値	基準値	検査名	検査日	検査値	基準値
WBC	2019/10/04	4.0	3.3 - 8.6	HbA1c	2019/10/01	5.5	4.9 - 6.0	eGFR	2019/10/04	61.3	90 <
SEEG	2019/10/04	1500		PT-INR	2019/10/07	1.02	0.88-1.08	CRP	2019/10/04	2.40	< 0.14
Hb	2019/10/04	10.4	男：13.7-16.8 女：11.6-14.8	APTT	2019/10/04	27	25.1-36.5	Na	2019/10/04	140	138 - 145
PLT	2019/10/04	74	158 - 348	AST	2019/10/04	17	13 - 30	K	2019/10/04	5.5	3.6 - 4.8
T-bil	2019/10/04	0.6	0.4 - 1.5	ALT	2019/10/04	7	男：10 - 42 女：7 - 23	CK	2019/07/01	73	41 - 153
ALB	2019/10/04	3.0	4.1 - 5.1	Cr	2019/10/04	0.74	男：0.65-1.07 女：0.46-0.79				

・SEGは、絶対数です。
 ・eGFRは体表面積 1.73m² 換算の数値です。