

# 院外処方せん

(この処方せんは、どの薬局でも有効です。)

公費負担者番号 又は市町村番号	1 2 0 0 0 0 0 0 0
公費負担医療又は 老人医療の受給者番号	

保険者番号	3 9
被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号	

氏名	9990000012 テスト カンジャファイル		
	テスト 患者ファイル	様	
	昭和5年03月03日	85才	男性

保険医療機関の 所在地及び名称	兵庫県神戸市中央区臨海通1-3-1 神戸赤十字病院
電話番号	078-231-6006
診療科名	眼科
保険医氏名	富士通 太郎 <span style="float: right;">㊟</span>

区分 被保険者	負担割合	0 割
交付年月日	平成28年02月02日	処方せんの 使用期限
		平成28年02月05日

〒	28	市	2	区	1	医療機関 コード	5	1	0	6	0	5	5
---	----	---	---	---	---	-------------	---	---	---	---	---	---	---

特に記載のある場合を除き、交付日を含めて  
4日以内に保険薬局に提出して下さい。

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「×」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) メジコン錠 (15mg) <span style="float: right;">3錠</span> .....分3:朝・昼・夕 食後 <span style="float: right;">3日分</span>
	2) コデインリン酸塩散 (1%) <span style="float: right;">60mg</span> .....分3:朝・昼・夕 食後 <span style="float: right;">3日分</span>
	3) ツムラ29麦門冬湯 (3.0g) <span style="float: right;">3包</span> .....分3:朝・昼・夕 食前 <span style="float: right;">7日分</span>
	以下空白

処方医から 薬局薬剤師 への コメント・依頼	処方監査・服薬指導に必要な場合は、病名を記載して下さい。
	身長 173.5 cm 更新日 2016/02/02 体重 69.20 kg 更新日 2016/02/02 体表面積 1.828 m <sup>2</sup>

備 考	麻薬施用者番号 _____ 患者住所 _____	医事印
	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。 ]	

調剤済年月日	
保険薬局の 所在地及び 名称	公費負担者番号
保険薬剤師 名	公費負担医療又は 老人医療の受給者番号

検査項目	WBC	Neut	Hb	PLT	PT-INR	T-Bil	AST (GOT)	ALT (GPT)	SCre	eGFR	CK	K	HbA1c	A1b
検査日	2016/02/01	2016/02/01	2016/02/01	2016/02/01	2016/02/01	2016/02/01	2016/02/01	2016/02/01	2016/02/01	2016/02/01	2016/02/01	2016/02/01	2016/02/01	2016/02/01
結果値	60	78.0	15.0	25.0	1.06	0.1	12	12	1.00	54.2	100	4.0	5.0	5.0

<保険薬局の方へ> 処方内容については、当院薬剤部にお尋ね下さい。処方医からコメントがある場合はトレーシングレポートを送って下さい。照会後に変更になった処方箋は、当院薬剤部へFAX (078-241-9312) して下さい。