

見本 (みほん)

ID:9999001

処方箋

処方箋番号: 8001

(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	01
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	アスト 検査確認 殿	保険医療機関の所在地および名称 千葉県茂原市本納2777 公立長生病院
	生年月日	昭和30年10月20日 男	電話番号 0475-34-2121
	区分	被保険者	保険医氏名 内科 電子 太郎 印
交付年月日	令和 5年 2月 3日	都道府県番号	12
		点数表番号	1
		医療機関コード	3110376
		処方箋の使用期間	令和 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)への変更により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	01)	【般】ロキソプロフェンNa錠60mg 1錠 【用法】 疼痛時	10回分
	02)	【般】アムロジピン錠2.5mg 1回 1錠 (1日 2錠) 【用法】 1日2回 朝・夕食後 ----- 以下余白 -----	7日分
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効果を確認した場合の対応 (特に調剤がある場合には「レ」又「×」を記載すること。) (レ) 保険医療機関へ返送届出した上で調剤 () 保険医療機関へ情報提供			
調剤済年月日	公費負担者番号		領収印
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	備考		

領収印なき場合は、無効とする。

★患者さんへ

- 「処方箋」の有効期間は、交付日を含め4日間(土日祝日を含む)です。記載の使用期間を過ぎた場合、保険薬局では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。紛失、期限が切れた場合は、再受診が必要となり費用負担が生じます。
- 身体情報、検査値は、保険薬局での調剤時に薬の適正使用(量の調節や副作用の早期発見など)、服薬説明に活用して頂くものなので保険薬局薬剤師にご提示下さい。
- 身体情報、検査値を必要とする場合は、保険薬局で点線部分を切り離してもらい受け取ってください。

【身体情報】

身長(cm)	175	体重(kg)	68	体表面積(m ²)	1.775
測定日	2023/02/03	測定日	2023/02/03		

【検査値】 (直近90日以内の最新値)

※期間内に該当検査が実施されていない場合には結果値は表示されません

検査名(単位)	結果値	検査日	検査名(単位)	結果値	検査日
HbA1c	-	-	e-GFR	-	-
AST	-	-	CK	-	-
ALT	-	-	Na	151	2023/2/1
γ-GT	-	-	K	4.3	2023/2/1
T-BIL	-	-	CRP	-	-
ALB	-	-	WBC	-	-
TG	-	-	Hb	-	-
LDL-C	-	-	PLT	-	-
UN	-	-	PT-INR	-	-
CRE	-	-	尿蛋白	-	-

全てのコードを読み込んで下さい。

