

処方せん 1/1

患者ID 0000000018 (この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。) 出力時刻: 15:48:46

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	

氏名	ビョウイン イチロウ 病院 一朗 様 昭和41年01月01日生 51才男性	保険医療機関の所在地及び名称	山形県新庄市若葉町12番55号 山形県立新庄病院
区分	被保険者	電話番号	[0233] 22-5525
		FAX	[0233] 23-2987
		診療科名	小児科
		保険医氏名	システム管理者

交付年月日	平成29年02月14日	処方せんの使用期限	平成29年02月17日
-------	-------------	-----------	-------------

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。 ]

処方	1)	ロキソプロフェン錠60mg「EMEC」	3錠	(mgの単位は力価)
		・・・1日3回 毎食後		30日分
×	2)	MS温シップ「タイホウ」(100g/袋)	70枚	
		1日1枚使用 ・・・1日1~2回 ・・・腰 テスト院外処方 ・・・お薬相談希望あり ・・・一包化調剤すること (この処方せんについて) ・・・服用時間毎に別薬袋で一包化 ・・・錠剤カプセルは全てヒートのままで ・・・ニコチン依存症管理料算定に伴う処方 ・・・在宅患者訪問薬剤管理指導依頼		

以下余白



麻薬施用者番号		患者住所	
---------	--	------	--

分割調剤	分割日数: 5日	分割回数: 3回	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。] システム管理者
<input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input checked="" type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供			

調剤済年月日		公費負担者番号	
公費負担医療の受給者番号		公費負担医療の受給者番号	
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ください。			

当院では、お薬をより適正に使用するために、患者様に検査情報・身体情報を保険薬局に開示することをお勧めしています。

以下の検査の結果は過去100日以内に測定された直近の値です。  
過去100日以内に検査していない場合は記載されません。

対象検査: ALB、BUN、CRE、AST、ALT、Na、K、eGFR、HGB、HbA1C、尿酸、CRP

以下の検査の結果は平成29年1月18日以降に測定された直近の値です。  
平成29年1月18日以降に検査していない場合は記載されません。

対象検査: T-BiL、WBC、PLT、PT(INR)、Neut、CK

※情報の表示を希望されない場合は、医師への申出により次回以降表示を行わないようにすることが可能です。

※情報を保険薬局に開示することを望まれない場合、検査値欄を切り取って保険薬局へお渡しください。

※FAXをご利用の方で情報の開示を望まない場合は、その旨をFAX担当者へお伝えください。

【検査情報】

ALB	BUN	CRE	AST	ALT	Na
2017/01/16	2017/01/16	2017/01/16	2017/01/16	2017/01/16	2017/01/16
4.4	20.2	0.57	14	9	133
K	eGFR	T-BiL	WBC	HGB	PLT
2017/01/16	2017/01/16	2017/01/16	2016/02/18	2017/01/16	2016/02/18
4.5	98.6	11.01	4.87	11.8	46.5
PT(INR)	NEUT	HbA1C	CK	尿酸値	CRP
2017/01/16	2017/01/16	2017/01/16	2017/01/16	2017/01/16	2017/01/16
1.22	8.93	8.4	17	7.6	20.25

【身体情報】

身長	170.1cm	体重	61.234kg	体表面積	1.710m <sup>2</sup>
測定日	2017/01/20	測定日	2017/01/20		