

院 外 処 方 箋

出力時刻: 19:25:45

(この処方箋は、どの薬局でも有効です。)

1/1

公費負担者番号 又は市町村番号		保険者番号		0 0 0 0	
公費負担医療又は 老人医療の受給者番号		被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号		(枝番)	
I D	0076000139	心臓血管外科		川崎市中原区小杉1-383 所在地及び名称 日本医科大学武蔵小杉病院	
氏 名	テスト セツゾクヨウ03		電話 番号 [044] 733-5181		
	テスト 接続用03		F A X 番号 [044] 712-9228		
	大正2年01月01日 108才 女性		保 険 医 氏 名 医師001		
区 分	被保険者		都道府県 14 点 数 表 1 医療機関 番号 番号 コード		
交付年月日	令和3年08月16日		処方箋の 使用期限	令和3年08月19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) 【般】ロキソプロフェンNa錠60mg		3錠		7日分
	1回 1錠 (1日 3錠)				
	・・・1日3回 毎食後				
2) アドフィードパップ40mg(7枚/袋)		1袋			
1日 1枚 7日分					
・・・1日1回 貼付 部位:足					
・・・服用開始日:2021/08/16(月)					
以下余白					
備 考	麻薬施用者番号		患者住所		
	高一				
	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。]				
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「×」を記載すること。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input 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					
公費負担医療又は 老人医療の受給者番号					
保険薬局の 所在地及び 名称 保険薬剤師 氏 名					

疑義照会はFAXでお願いします

【患者さんへ】

この処方箋は会計へ提出後、院外薬局へお持ちください。

1. 院外処方箋はもらった日を含めて**4日以内**に院外薬局へお持ちください。
2. 処方箋の期限が切れた場合、原則再発行料は患者さんのご負担となります。
3. 院外処方箋についてのご不明点は、当院薬剤部おくり窓口もしくは会計窓口でご相談ください。

【保険薬局のみなさまへ】

1. 左記処方箋の調剤をよろしくお願いいたします。
2. 疑義照会はFAXにてお願いいたします。
3. 検査基準値などホームページで情報を開示しております。
詳しくは当院薬剤部「保険薬局の方へ」をご参照ください。

【検査歴】 (3ヶ月以内の直近データ)

治療を安全に行うために薬剤師が確認致しますので、検査歴を含めて院外薬局にお渡し頂きますようお願いいたします。

下記検査歴を院外薬局へ開示されたくない場合は、点線に沿って左側の処方箋のみ院外薬局へお渡しください。

検査値(単位)	検査値	検査日	検査値(単位)	検査値	検査日
白血球 ($\times 10^3/\mu\text{L}$)	12	2021/08/01	eGFR ($\text{mL}/\text{min}/1.73\text{m}^2$)	-----	-----
好中球 (%)	20	2021/08/01	AST (IU/L)	21	2021/08/01
ヘモグロビン (g/dL)	-----	-----	ALT (IU/L)	22	2021/08/01
血小板 ($\times 10^3/\mu\text{L}$)	-----	-----	CK (IU/L)	24	2021/08/01
PT-INR	-----	-----	CRP (mg/dL)	18	2021/08/01
ナトリウム (mEq/L)	25	2021/08/01	アルブミン (g/dL)	-----	-----
カリウム (mEq/L)	23	2021/08/01	血清Cr (mg/dL)	11	2021/08/01
カルシウム (mEq/L)	26	2021/08/01	尿酸 (mg/dL)	29	2021/08/01
マグネシウム (mEq/L)	28	2021/08/01	HbA1c (%)	19	2021/08/01
リン (mEq/L)	27	2021/08/01			

