

(この処方せんは、どの薬局でも有効です。)

オーダー番号:  
出力時刻:

|                        |  |  |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|--|--|
| 公費負担者番号<br>又は市町村番号     |  |  |  |  |  |
| 公費負担医療又は<br>老人医療の受給者番号 |  |  |  |  |  |

|                        |  |  |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|--|--|
| 保険者番号                  |  |  |  |  |  |
| 被保険者証・被保険<br>者手帳の記号・番号 |  |  |  |  |  |

|                    |       |                             |                   |
|--------------------|-------|-----------------------------|-------------------|
| 氏名                 | 蘇生 太郎 |                             | 様<br>男性           |
| 区分                 | 被保険者  | 負担割合                        | 割                 |
| 保険医療機関の<br>所在地及び名称 |       | 京都府伏見区下鳥羽広長町10番地<br>蘇生会総合病院 |                   |
| 電話番号               |       | [075] 621-3101              |                   |
| 診療科名               |       |                             |                   |
| 保険医氏名              |       |                             |                   |
| 都道府県<br>番号         | 2     | 6                           | 点<br>数<br>表<br>番号 |
| 1                  | 1     | 1                           | 1                 |
| 医療機関<br>コード        | 0     | 9                           | 0                 |
|                    | 3     | 0                           | 4                 |
|                    |       |                             | 5                 |

|       |          |               |          |
|-------|----------|---------------|----------|
| 交付年月日 | 平成 年 月 日 | 処方せんの<br>使用期限 | 平成 年 月 日 |
|-------|----------|---------------|----------|

|    |      |   |                  |
|----|------|---|------------------|
| 処方 | 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）への変更にあ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。 ] |                  |
|    |      | 【自動車運転等に制限がある薬剤が処方されている場合には患者さんへお薬指導をお願いします】  |                  |
|    | 1)   | アムロジンOD錠2.5mg<br>1回1錠 (1日 1錠)<br>ラシックス錠20mg<br>1回1錠 (1日 1錠)<br>・・・1日1回 朝食後                        | 1錠<br>1錠<br>14日分 |
|    | 2)   | ワーファリン錠1mg<br>1回2錠 (1日 2錠)<br>・・・1日1回 夕食後   | 2錠<br>14日分       |
|    | 3)   | ネシーナ錠25mg<br>1回1錠 (1日 1錠)<br>・・・1日1回 朝食後  | 1錠<br>14日分       |
|    | 4)   | メパロチン錠5mg<br>1回2錠 (1日 2錠)<br>・・・1日1回 夕食後  | 2錠<br>14日分       |
|    |      | 以下余白  |                  |

|    |  |                                      |
|----|--|--------------------------------------|
| 備考 | 患者住所   |                                      |
|    | 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。]    |                                      |
|    | 麻薬施用者番号  |                                      |
|    | 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                |  |  |  |
| 保険薬局の<br>所在地及び<br>名称<br>保険薬剤師<br>氏名 |  | 公費負担医療又は<br>老人医療の受給者番号 |  |  |  |
| ⑤ 交付日を含めて4日以内に保険薬局に提出して下さい。         |  |                        |  |  |  |

★患者様へ

- ①「処方せん」の使用期限は交付日を含め4日間（土日祭日を含む）です。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。
- ②「処方せん」の再発行はできません。紛失された場合は再度受診が必要となり、費用負担が生じます。無くさないようお気を付けてください。
- ③この「処方せん」は全国どこの保険薬局でも有効です。
- ④下記の検査情報を保険薬局に伝えたくない場合は、用紙中央の点線部分で切り離し左側の「処方せん」のみ渡してください。

【検査情報】

検査情報は保険薬局における薬物療法の安全性・有効性の向上に寄与することを目的としています。

| 項目名                               | 結果    | 当院基準範囲                  | 検査日   |
|-----------------------------------|-------|-------------------------|-------|
| <b>血液成分</b>                       |       |                         |       |
| WBC (×100/μL)                     | ----- | 45 - 95                 | ----- |
| Hb (g/dL)                         | ----- | 男性14 - 18 女性12 - 16     | ----- |
| Plt (×1000/μL)                    | ----- | 100 - 400               | ----- |
| PT-INR                            | ----- | 0.9 - 1.26              | ----- |
| K (mEq/L)                         | ----- | 3.5 - 5.3               | ----- |
| <b>肝機能</b>                        |       |                         |       |
| AST (U/L)                         | ----- | 8 - 38                  | ----- |
| ALT (U/L)                         | ----- | 4 - 43                  | ----- |
| T-Bil (mg/dL)                     | ----- | 0.2 - 1.0               | ----- |
| <b>腎機能</b>                        |       |                         |       |
| 血清Cr (mg/dL)                      | ----- | 男性0.6 - 1.0 女性0.4 - 0.8 | ----- |
| eGFR (mL/min/1.73m <sup>2</sup> ) | ----- | -----                   | ----- |
| <b>筋肉障害指標</b>                     |       |                         |       |
| CK (U/L)                          | ----- | 男性38 - 196 女性30 - 172   | ----- |
| <b>炎症マーカー</b>                     |       |                         |       |
| CRP (mg/dL)                       | ----- | 0 - 0.6                 | ----- |
| <b>血糖コントロール指標</b>                 |       |                         |       |
| HbA1c (%)                         | ----- | 4.6 - 6.2               | ----- |

直近6ヶ月の結果がない場合は表示されません。

★保険薬局への伝達事項

本処方せんに記載された医薬品について、後発医薬品への変更調剤を行った場合、お薬手帳に記載してください。

ご不明な点については当院薬剤部までご連絡ください。

左記の処方せん情報をQRコードにて表示しています。(お薬説明書ではありません)



京都府伏見区下鳥羽広長町10番地  
蘇生会総合病院  
[075] 621-3101(代)