



# 処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

ID 99999123

引換券番号: 5261

公費負担者番号 又は市町村番号	1 0	保険者番号	4 0 4 0 7 9
公費負担医療又は老人医療の受給者番号	9 9 9 9 9 9 9	被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	4 0 7 ・ 2 3 1 8 5 8 3 9

氏名 テスト 123 様 (男) **テスト 123患者** 昭和 30年 9月 20日生

住所 〒720-0001 広島県福山市御幸町大字上岩成148-13 公立学校共済組合 中国中央病院

TEL (084)970-2121 保険医氏名 スーパーユーザー (印)

交付年月日 令和 3年 4月 14日 処方箋の使用期間 令和 3年 4月 17日

被保険者 被扶養者 0.5 割 都道府県番号 34 点数表番号 1 医療機関コード 1511219

特記事項: 特に記載のある場合を除き、交付の日付を含め4日以内に保険薬局に提出してください。

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「✓」または「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。

\*第1公費・第2公費がある場合は、下線・二重下線にて表記しています。

01	【般】レボフロキサシド錠500mg	1回	1錠 (1日 1錠)	5日分
	1日1回朝食後			
02	【般】ロキソロンNa錠60mg	1回	1錠	
	【般】ロキソロンNa錠100mg	1回	1錠	
	頓用 発熱時・疼痛時			5回分

以下余白

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「✓」又は「×」を記載すること。)

保険医療機関へ疑義照会した上で調剤  保険医療機関へ情報提供

変更不可欄に「✓」又は「×」を記載した場合、以下に署名又は記名・押印すること。

保険医署名 (印)

調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号	
保険薬局の所在地名		公費負担医療の受給者番号	
調剤済年月日		公費負担医療の受給者番号	

この処方箋には、透かし等偽造防止加工が施されています

処方箋に印字された医師の印影は本院医師自ら本院システム下の端末を操作したことにより印字されたものです

【患者さまへ】

「処方箋」の有効期限は **令和 3年 4月 17日** です。

処方箋の修正・追加は1週間を過ぎると不可となります。

必要なお薬がきちんと処方されているかご確認ください。

ID: 99999123 身長: 170.0cm (測定日: 2021/03/19)

テスト 123 体重: 60.1kg (測定日: 2021/03/19)

氏名: テスト 123患者 性別: 男 体表面積: 1.7m<sup>2</sup>

生年月日: 昭和30年 9月20日 (65歳6ヶ月)

## 検査結果

検査名	検査結果	単位	検査日
WBC	5.62	10 <sup>3</sup> /μL	2021/04/14
Hb	10.8	L g/dL	2021/04/14
PLT	206	10 <sup>3</sup> /μL	2021/04/14
AST (GOT)	221	H U/L	2021/04/14
ALT (GPT)	82	H U/L	2021/04/14
T-BiL	0.5	mg/dL	2021/04/14
CRE	0.59	L mg/dL	2021/04/14
CK (CPK)	45	L U/L	2021/04/14
CRP	0.07	mg/dL	2021/04/14
PT-INR	0.94		2021/04/14
Hb A1C (NGSP)	5.8	%	2021/04/14
血糖(随時)	115	mg/dL	2021/04/14
K	2.9	L mmol/L	2021/04/14
Ca (新)	9.1	mg/dL	2021/04/14

(検査結果が表示されている場合)

※過去3か月以内の直近の検査値を表示しています。

※当院基準値から外れた際に、H(ハイ)・L(ロー)・P(パニック値)が表示されます。

※保険薬局薬剤師の方へ

基準値の範囲に関しましては、当院ホームページをご参照ください。

