処　方　箋

内科

（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）

ID 99999350（再）

*

（自費）

引換券番号:5272

公費負担者番号又は市町村番号		保険者番号	
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	

氏名　共済　テスト太郎　様　男 ㊛

平成　11年　5月　1日生

保険医療機関の所在地及び名称　〒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　㊞

区分　被保険者　~~被扶養者~~　10　割

都道府県番号	点数表番号	医療機関コード
34	1	1511219

交付年月日	処方箋の使用期間
令和 6年 2月 5日	令和 6年 2月 8日 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。

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。）

01　【般】ｱｾﾄｱﾐﾉﾌｪﾝ錠500mg　1回　1錠

頓用　発熱時・疼痛時　1回分

－－－ 以下余白 －－－

~~リフィル可 □（　回）~~

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

備考

テスト処方箋用のコメント

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

保険医署名　㊞

調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「✓」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。）

□1回目調剤日（　年　月　日）　□2回目調剤日（　年　月　日）　□3回目調剤日（　年　月　日）

次回調剤予定日（　年　月　日）　次回調剤予定日（　年　月　日）

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称保険薬剤師氏名	㊞	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 6年 2月 8日**　です。

処方の修正・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下さい。

ID：99999350
ﾃｽﾄｺ 350
氏名：濱髙﨑辻　性別：女
生年月日：平成11年 5月 1日(24歳9ヶ月)

身長：176.9cm（測定日：2021/05/25）
体重：120.0kg（測定日：2021/05/25）
体表面積：2.34㎡

検査結果

検査名	検査結果		単位	検査日
WBC	3	L	10^3/μL	2024/01/22
Seg	70		%	2024/01/22
Hb	15	H	g/dL	2024/01/22
PLT	160		10^3/μL	2024/01/22
AST (GOT)	15		U/L	2024/01/22
ALT (GPT)	20		U/L	2024/01/22
T-BiL	1		mg/dL	2024/01/22
CRE	0.50		mg/dL	2024/01/22
eGFRcre	122.9		ml/min/1.73	2024/01/22
CRP	0.10		mg/dL	2024/01/22
PT-INR	1			2024/01/22
HbA1C (NGSP)	5.0		%	2024/01/22
血糖(随時)	120		mg/dL	2024/01/22
K	4		mmol/L	2024/01/22
Ca (新)	9		mg/dL	2024/01/22
Mg (院内)	2		mg/dL	2024/01/22
TSH	3.000		μIU/mL	2024/01/22
FT4	1.00		ng/dL	2024/01/22
ALB	4.5		g/dL	2024/01/22

（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。

サンプル

多機能印刷 FinePrint 試用版　www.fineprint.com