

処方せん

出力時刻: 09:22:12

(この処方せんは、どの薬局でも有効です。) 交付日を含めて4日以内に保険薬局に提出して下さい。

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

保険者番号	0	6	0	0	0	0	0	0	0
被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号	あ	1		2	3	4			

患者ID	9969200007		
氏名	ンテスト DPC007	様	
	昭和51年08月23日	46才	男性
区分	本人	負担割合	3割

保険医療機関の 所在地及び名称	東京都狛江市和泉本町4-11-1 東京慈恵会医科大学附属第三病院				
電話番号	03-3480-1151				
診療科名	精神神経科				
保険医氏名	開発系 管理者				
都道府県 番号	13	点数表 番号	1	医療機関 コード	4514188

交付年月日	令和4年09月30日	処方箋の 使用期限	令和4年10月03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」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)	ツイミーン錠500mg 1回 2錠 (1日 2錠) ・・・1日1回 朝食後	2錠 5日分
		以下余白	
	サフォール可 <input type="checkbox"/> (<input type="checkbox"/> 回)		

備考	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	
		患者住所	
	希釈散の用量【mg】は、成分量です。		
	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"/>
	調剤実施回数 (調剤回数に応じて、□に「レ」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。)		
	<input type="checkbox"/>	1回目調剤日 (年 月 日)	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	2回目調剤日 (年 月 日)	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	3回目調剤日 (年 月 日)	
	<input type="checkbox"/>	次回調剤予定日 (年 月 日)	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	次回調剤予定日 (年 月 日)	<input type="checkbox"/>

調剤済年月日		公費負担者番号							
保険薬局の 所在地及び 名称 保険薬剤師 氏名		公費負担医療又は 老人医療の受給者番号							
後発医薬品変更情報は、お薬手帳をお願いします。 お問い合わせは、FAXでお願いします。 【FAX (03) 3480-1267】									

お知らせ

- 処方せんの有効期間は **交付日を含め4日間(土日祝祭日を含む)** です。有効期限を過ぎた場合は再度受診が必要になり、費用負担 (自費) が生じる場合があります。
- 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になり、費用負担 (自費) が生じます。
- この処方せんは全国どこの保険薬局でも有効です。

直近3か月の主な検査結果

検査値は安全な調剤のために必要な情報ですが、保険薬局へ検査結果を伝えたくない場合は、用紙中央の点線部分で切り離して左側の処方せんのみ渡してください。

検査	AST (GOT)	ALT (GPT)	T-Bil	CK	血清Cr
月日	2022/09/28	2022/09/28	2022/09/28	2022/09/28	2022/09/28
結果	15	20	0.5	68	0.80
基準 (成人)	13~30 (U/L)	男10~42 女7~23 (U/L)	0.4~1.5 (mg/dL)	男59~248 女41~153 (U/L)	男0.65~1.07 女0.46~0.79 (mg/dL)
検査	eGFRcre	Na	K	HbA1c	CRP
月日	2022/09/28	2022/09/28	2022/09/28	2022/09/28	2022/09/28
結果	83	141	4.1	5.0	0.04
基準 (成人)	60以上 (mL/分/1.73m ²)	138~145 (mmol/L)	3.6~4.8 (mmol/L)	4.9~6.0 (%) (NGSP値)	0.00~0.14 (mg/dL)
検査	WBC	Hb	PLT	Neutro#	PT-INR
月日	2022/09/28	2022/09/28	2022/09/28	2022/09/28	2022/09/28
結果	3.5	13.8	258	6.0	6.00
基準 (成人)	3.3~8.6 (10*3/μL)	男13.7~16.8 女11.6~14.8 (g/dL)	158~348 (10*3/μL)	1.7~6.3 (10*3/μL)	

保険薬局の方へ

当院では、処方せん調剤時において後発医薬品へ変更した場合の「後発医薬品変更報告書」による情報提供をもとめないこととし、患者さんの「お薬手帳」にて確認することとしています。お薬手帳には調剤した後発医薬品名と処方された薬剤の銘柄名を併記いただきますようお願い致します。

QR情報	
------	---