

# 処方せん

(この処方せんは、どの薬局でも有効です。)

公費負担者番号 又は市町村番号	5	4	2	8	5	0	1	1
公費負担医療又は 老人医療の受給者番号								

保険者番号	7	0	0	0	0	0	0	0
被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号								

保険医療機関の所在地及び名称 奈良県吉野郡大淀町大字福神8番1  
南奈良総合医療センター  
電話番号 0747-54-5000  
診療科名 内科(循環器)  
保険医氏名 開発) 砂川

都道府県番号	2	9	点数表番号	1	医療機関コード	2	9	1	0	3	4	9
--------	---	---	-------	---	---------	---	---	---	---	---	---	---

氏名 オオヨド テスト  
大淀 テスト新・様  
大正12年12月12日 96才 男性

区分 被保険者 負担割合 0割

交付年月日 令和1年12月16日 処方せんの使用期限 令和1年12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 7) イメンドカプセルセット 1セット  
 ・ ・ ・ 用法口授  
 ・ ・ ・ 1日目は125mg ICAP分1  
 ・ ・ ・ 2, 3日目は80mg ICAP分1  
 ふりーこめんと12345  
 ・ ・ ・ すべて一包化  
 ・ ・ ・ 注入【簡易懸濁】  
 ・ ・ ・ ※処方内容を【全体コメント含め】ご確認ください  
 以下余白

麻薬施用者番号 1234567894 患者住所 医事印

湿布薬超過理由: 使用部位が多数に及ぶ  
お問い合わせはFAXをお願いします。  
【FAX (0747) 54-5073】

他後発薬品変更不可理由: ほんにきぼうのため  
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。)  
 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

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 公費負担医療又は老人医療の受給者番号

交付日を含めて4日以内に保険薬局に提出して下さい。病院医事印の無いものは、無効です。

## 【患者さんへの連絡事項】

- この処方箋は必ず、原本を【**処方せんの使用期限**】(原則、交付日を含む4日以内)までに保険薬局へお出しください。なお、期限が過ぎた場合、お薬を受け取ることが出来ませんのでご注意ください。
- お薬手帳を保険薬局へご提示ください。
- 以下の検査値情報は、保険薬局でお薬の種類や用量を確認し副作用を予防するために必要なものです。

検査結果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「処方箋」のみ、お渡しください。

## 【保険薬局への連絡事項】

検査値 (直近100日以内)

項目名称	結果値	測定日	基準値	単位
WBC	13.7	2019/12/15	3.3-8.6	10 <sup>3</sup> /μL
NE(%)	90.9	2019/12/15	38.5-80.5	%
Hb	13.7	2019/12/15	M:13.7-16.8 F:11.6-14.8	g/dL
PLT	215	2019/12/15	158-348	10 <sup>3</sup> /μL
T-BIL	1.33	2019/12/15	0.40-1.50	mg/dL
AST	18	2019/12/15	13-30	U/L
ALT	16	2019/12/15	M:10-42 F:7-23	U/L
CK	101	2019/12/15	M:59-248 F:41-153	U/L
BUN	25.6	2019/12/15	8.0-20.0	mg/dL
CRE	1.20	2019/12/15	M:0.65-1.07 F:0.46-0.79	mg/dL
eGFR	44.7	2019/12/15	60.0以上	mL/min/1.73m <sup>2</sup>
Na	136.2	2019/12/15	138.0-145.0	mEq/L
K	4.31	2019/12/15	3.60-4.80	mEq/L
補正Ca	9.73	2019/12/15	8.80-10.10	mg/dL
PT(INR)	0.94	2019/12/15	0.90-1.10	
HbA1c(NGSP)	7.3	2019/12/12	4.6-6.2	%

※基準値や検査の概説についての詳細は病院ホームページをご覧ください。

【医療関係者の方へ→薬薬連携】

※疑義照会・トレーシングレポートは以下へFAXして下さい。

【FAX送信先 (0747) 54-5073 南奈良総合医療センター 薬剤部】

# 見