

# 処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

1 / 1 頁

処方箋番号

出力日時

公費負担者番号		保険者番号	
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	
患者番号	90000165	科 18 救急診療科	
	テスト 165	(男)	
氏名	テスト 165	保険医療機関 大阪市住吉区万代東3丁目1番56号	
生年月日	昭和45年01月06日	所在地及び名称 大阪急性期・総合医療センター	
区分	52歳	電話番号 06-6692-1201	
交付年月日	令和04年09月29日	保険医師名 テスト 医師 印	
交付年月日	令和 年 月 日	都道府県コード 27 点数表番号 1 医療機関コード 2006622	
処方箋の使用期間	令和 年 月 日	特に記載のある場合を除き、交付の日も含めて4日以内に保険薬局へ提出すること。	
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。		
	(01) (般)フェキソフェナジン塩酸塩錠 60mg 1回 1T (1日 2T) 1日2回 朝食後・夕食後 1日分 -----以下余白-----		
処方	リフィル可 <input type="checkbox"/> ( 回)		
	「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。		
備考	保険医師名 印		
	「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		
調剤実施回数(調剤回数に応じて、 <input type="checkbox"/> 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"/> 2回目調剤日( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 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	公費負担者番号		
保険調剤薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	公費負担医療の受給者番号		

## 患者さんへ

- ・ 処方箋の有効期限は、交付日を含め4日間です。(土日祝を含みます)
- ・ 期限切れ、紛失および棄損した場合は、処方箋の再発行料は有料(自費)となります。
- ・ この処方箋を、院内の「院外処方せん相談窓口ファックスコーナー」または、院外の保険薬局に提出して下さい。
- ・ この処方箋は、保険薬局の薬剤師と相談の上、ジェネリック医薬品に変更して調剤することができます。ただし、処方箋の「変更不可」欄に「レ」または、「×」が記載され、備考欄に保険医師の署名または記名・押印がある場合はジェネリック医薬品への変更はできません。

## 保険薬局へ

- ・ 内服処方分量は「1回量(1日量)」記載です。
- お問い合わせについて
  - ・ 処方内容に関する疑義(検査結果関係も含む)  
薬局薬薬連携室に照会内容と処方箋をFAXして下さい。  
対応時間: 平日 9:00~17:00 FAX・TEL 06-6692-0252
- ※対応時間外で確認を要する場合は、代表TEL(06-6692-1201)を通して処方照会して下さい。処方医に直接照会し処方内容に変更があった場合、または処方医に伝えるべき情報については、薬薬連携室にFAXで内容のご報告をお願い致します。
- ・ 保険内容  
医事グループへお問い合わせ下さい。  
対応時間: 平日 9:00~17:00 TEL 06-6692-1201 (代表)

項目	基準値	検査値	検査日	項目	基準値	検査値	検査日
白血球数	3.3-8.6 $\times 10^3/\mu\text{L}$		. .	クレアチン	0.65-1.07 mg/dL		. .
好中球	39.7-70.6 %		. .	eGFR推算値	>=90 ml/分/1.73		. .
ヘモグロビン	13.7-16.8 g/dL		. .	CK	59-248 U/L		. .
血小板数	158-348 $\times 10^3/\mu\text{L}$		. .	CRP	0.00-0.14 mg/dL		. .
PT(INR)	---		. .	K	3.6-4.8 mmol/L		. .
AST	13-30 U/L		. .	Mg	1.8-2.4 mg/dL		. .
ALT	10-42 U/L		. .	HbA1c(NGSP)	4.9-6.0 %		. .
総ビリルビン	0.4-1.5 mg/dL		. .	尿酸	3.7-7.8 mg/dL		. .

※過去6か月における最近3回分の値を表示しています。