

処方せん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

1 / 1 頁

処方せん番号 238109

出力日時 2018/03/29 17:40

公費負担者番号		保険者番号		3 2 2 7 0 1 1 8	
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		地大阪 000000	
患者	患者番号	99900001 科 30 総合内科		保険医療機関 大阪市住吉区万代東3丁目1番56号	
	氏名	テスト ショホウカンザイ テスト 処方患者① (女)		所在地及び名称 大阪急性期・総合医療センター	
者	生年月日	昭和40年01月01日	53歳	電話番号 06-6692-1201	
	区分	被保険者		保険医師名 テスト 医師 印	
交付年月日		平成30年03月23日		都道府県コード	27
		点数表番号	1	医療機関コード	2006622
処方せんの使用期間		平成 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。	
処	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) コカール錠 200mg 1回 2T (1日 6T) 1日3回 朝昼夕毎食後 -----以下余白----- 14日分			
方	「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

・処方せんの有効期限は、交付日を含め4日間です。

・この処方せんで薬剤の交付を受けようとする際には、必ず、当センターの医療費の領収書を保険薬局の窓口でご提示下さい。なお、医療費のご負担が無い患者さんは、その旨をお伝え下さい。(医師印のないものは無効です。)

・紛失または棄損した場合、処方せんの再発行料は有料(自費)となります。

・この処方せんを、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。

・この処方せんは、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、処方せんの「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

・領収書の提示や医師印のないものは無効です。

・内服処方の分量は「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DI室に照会内容と処方せんをファックスして下さい。
対応時間: 平日 9:00~17:00 FAX・TEL 06-6692-0252 (直通)

・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 9:00~17:30 TEL 06-6692-1201 (代表)

※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等については、薬局DI室にファックスして下さい。

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 X10 ³ /μL			クレアチン	0.46-0.79 mg/dL		
好中球	43.3-76.6 %			eGFR推算値	>=90 ml/分/1.73		
血色素	11.6-14.8 g/dL			CK	41-153 U/L		
血小板数	158-348 X10 ³ /μL			CRP	0.00-0.14 mg/dL		
PT (INR)	---			K	3.6-4.8 mM/L		
AST	13-30 U/L			Mg	1.7-2.6 mg/dL		
ALT	7-23 U/L			HbA1c (NGSP)	4.9-6.0 %		
総ビリルビン	0.4-1.5 mg/dL			尿酸	2.6-5.5 mg/dL		

※過去6か月における直近3回分の値を表示しています。