

00000001															(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です)															01/02																																												
公費負担者番号															保険者番号															06																																												
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	氏名															テスト 0001															保険医療機関の〒520-2331 滋賀県野洲市小篠原1094																																											
	生年月日															昭和24年 1月 1日 男															所在地および名称																																											
	区分															被保険者															電話番号 077 (587) 1332 (代表)																																											
交付年月日															令和 5年 7月12日															都道府県番 号															点数表番 号															医療機関コード														
															25															1															1301232																													
															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、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること																																																																										
処方	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。																																																										
	01)															【般】カルベジロール錠2. 5mg ..... 1錠																																																										
																【用法】 分1 朝食後																																																										
																1日分																																																										
	02)															グリセリン浣腸 60 50%60ml ..... 1個																																																										
																【用法】 便秘時																																																										
方	03)															【般】アミオダロン塩酸塩錠100mg ..... 1錠																																																										
																【用法】 分1 夕食後																																																										
																1日分																																																										
	04)															【般】ヒドロキシジンパモ酸塩カプセル25mg ..... 1カプセル																																																										
																【用法】 分1 ねる前																																																										
																1日分																																																										
05)															ビオフェルミン錠剤 ..... 3錠																																																											
															【用法】 分3 毎食後																																																											
															1日分																																																											
06)															【般】アセトアミノフェン錠200mg ..... 2錠																																																											
															【用法】 分2 朝・夕食後																																																											
															1日分																																																											
															――― 続きあり ―――																																																											
備考	「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。															大阪府 大阪市 中央区 城見14-24 組合																																																										
	保険医署名															印																																																										
																高7																																																										
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															公費負担医療の受給者番号																																																											
保険薬剤師氏名															印																																																											

## 患者様へ

処方箋の有効期限は 2023年07月15日まで です。

※有効期限を過ぎた場合、保険調剤薬局でお薬を受け取ることが出来ません。

下記の検査値情報は、保険調剤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。

## 保険調剤薬局の方へ

下記項目は、処方監査や服薬指導などにご活用ください。

検査値(90日以内に測定値のある検査値を表示しています。)

検査項目	WBC	Hb	Plt	INR
検査日	5/1	5/1	5/1	—
結果値	67.3	11.6	23.7	—

検査項目	GOT (AST)	GPT (ALT)	T-Bil	CRE
検査日	5/1	5/1	5/1	5/1
結果値	22	12	0.6	1.04

検査項目	CPK	K	HbA1c	
検査日	5/1	5/1	—	
結果値	63	4.7	—	

(※検査値の基準値は当院ホームページ参照)

お問い合わせがある場合には、当院ホームページ内の「調剤薬局の皆様へ【当院への疑義照会方法について】」をご確認ください。  
<https://www.yasu-hp.jp/tyozai-yakkyoku/>

平日8時30分 ～ 17時 薬剤課直通FAX 077-588-1932

上記以外の時間 代表電話番号 077-587-1332

00000001 (この処方箋は、どの保険薬局でも有効です) 02/02

公費負担者番号								保険者番号		0	6					
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	氏名	テスト 0001 テスト 0001						保険医療機関の 〒520-2331 滋賀県野洲市小篠原1094 所在地および名称 市立野洲病院								
	生年月日	昭和24年 1月 1日 男						電話番号 077 (587) 1332 (代表)								
	区分	被保険者						保険氏名 内科 テスト 医師 印								
交付年月日		令和 5年 7月12日						都道府県番号		25	点数表番号		1	医療機関コード		1301232
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、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること																
処方	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）への変更にし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。														
		07)	【般】 スプラタストシル酸塩カプセル 10 0 mg ..... 1 カプセル [用法] 分1 昼食後 1 日分													
		08)	ナノム散 5 mg ..... 1 包 [用法] 分1 朝食後 1 日分													
		09)	【般】 スプラタストシル酸塩カプセル 10 0 mg ..... 1 カプセル [用法] 分1 朝食後 1 日分													
		10)	インフリーカプセル 100 mg ..... 1 カプセル [用法] 分3 毎食後 1 日分													
		11)	ウブレチド錠 5mg ..... 1 錠 [用法] 分1 朝食後 1 日分 ―― 以下余白 ――													
備考	「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。						大阪府 大阪市 中央区 城見 14-24 組合									
	保険医署名 印						高7									
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には「レ」又「×」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						
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名 印										公費負担医療の受給者番号						

上記以外の時間 代表電話番号 077-587-1332