

処方箋

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	0001	保険医療機関の所在地および名称	〒520-2331 滋賀県野洲市小篠原1094 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	保険医氏名	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

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	<p>01) 【般】カルベジロール錠 2.5 mg 1錠 [用法] 分1 朝食後 1日分</p> <p>02) ゲリセリン浣腸 60 50%60ml 1個 [用法] 便秘時</p> <p>03) 【般】アミオダロン塩酸塩錠 100 mg 1錠 [用法] 分1 夕食後 1日分</p> <p>04) 【般】ヒドロキシジンパモ酸塩カプセル 25 mg 1カプセル [用法] 分1 ねる前 1日分</p> <p>05) ピオフェルミン錠剤 3錠 [用法] 分3 毎食後 1日分</p> <p>06) 【般】アセトアミノフェン錠 200 mg 2錠 [用法] 分2 朝・夕食後 ----- 続きあり ----- 1日分</p>

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。 保険医署名 印	大阪府 大阪市 中央区 城見 14-24 組合					
	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。) □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 保険薬剤師氏名	印	公費負担医療の受給者番号					

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

処方箋

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	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	テ	テ	保険医療機関の所在地および名称			
生年月日	昭和24年 1月 1日	男		〒520-2331 滋賀県野洲市小篠原1094 市立野洲病院			
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			保険医氏名	内科	テスト 医師	印
				都道府県番号	25	点数表番号	1 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

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	<p>07) 【般】スプラタスト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</p> <p>08) オルム散 5 mg 1 包 [用法] 分1 朝食後 1日分</p> <p>09) 【般】スプラタスト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</p> <p>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</p> <p>11) ウブレチド錠 5mg 1錠 [用法] 分1 朝食後 1日分 ---- 以下余白 ----</p>
備考	<p>「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。</p> <p>保険医署名 印</p> <p>大阪府 大阪市 中央区 城見 14-24 組合</p> <p>高7</p> <p>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</p>

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					

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