

処方箋

(1)
(産婦人科)

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

20161228-123-0
国保一般家族
200病床未満

公費負担者番号					保険者番号	4	0	0	0	4	4
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	ケルメタロウ 久留米 太郎 様		68歳11ヶ月	保険医療機関の所在地	福岡県久留米市 檜原町21番地										
	生年月日	昭和23年01月01日 (男) ・ 女			及び名称	独立行政法人地域医療機能推進機構 久留米総合病院										
	区分	被保険者			電話番号	0942-33-1211										
					保険医氏名	医師(システム管理者) 印										
				都道府県番号	4	0	点数表番号	1	医療機関コード	2	2	1	9	1	1	1

交付年月日	平成28年12月28日	処方せんの使用期間	平成28年12月31日	特に記載のある場合を除き、交付の日を含め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)への変更にし支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」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]													
		Rp1 レボフロキサシド錠500mg 「DSEP」 (先: クレピット)											1錠	7日分	以下余白

備考	麻薬施用者免許番号														
	患者住所														
	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							

調剤年月日	平成	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				公費負担医療の受給者番号					
					[「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること]					
					(印) 保険医署名 印					

検査項目	WBC ($\times 10^3/\mu\text{L}$)	Plt ($\times 10^4/\mu\text{L}$)	PT-INR	AST (IU/L)	ALT (IU/L)	T-Bil (mg/dL)	血清Cr (mg/dL)	CK (IU/L)	K+ (mEq/L)	HbA1c (%)
検査日	2015/02/20	2015/02/20	2012/01/07	2015/02/20	2015/11/13	2012/01/07	2012/01/25	2012/01/07	2012/01/27	2012/03/29
結果値	5.8	17.7	1.00	13	456	13.00	2.00	18	1.0	6.4

※各検査値の検査日付には、ご注意ください。

<患者さんへ> この処方箋は、外来会計窓口へお出し下さい。受付担当者の確認を受けて下さい。

<保険薬局の方へ> 処方内容については各診療科に、保険内容については医事課外来担当にお尋ね下さい。(お問い合わせ先: 0942-33-1211)

照会後に変更となった処方箋は、当院薬剤科へFAX(0942-33-7181)して下さい。

右の受付担当者印に印鑑又はサインがない場合は、お手数ですが医事課外来担当までお問い合わせ下さい。

受付担当者印
