

(科名:がんセンター) 院外処方せん No.1225-0004

院外処方せん

(この処方せんはどの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号 5 1 4 3 3 0 1 9

保険者番号 3 9 4 3 4 8 2 4

公費負担医療の受給者番号 6 0 6 0 3 8 8

被保険者証・被保険者手帳の記号・番号 02334670

診療券番号 0000900 生年月日 昭和07年05月12日 年齢 84歳 7カ月 性別 女

保険医療機関の所在地及び名称 熊本県熊本市中央区本庄1-1-1 熊本大学医学部附属病院 電話番号 096-344-2111(代)

カナ 鳥取 氏名 鳥取 区分 被保険者(保険種別:高齢)

保険医氏名 テスト 医師

都道府県番号 4 3 点数表番号 1 医療機関コード 8 1 1 1 2 6 9

交付年月日 平成28年12月25日 処方せんの使用期間 平成28年12月28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 (個々の処方案について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更にあし支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「し」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 RP01 【般】ロキソプロフェンNa錠60mg ★1日1回朝食後 1回 1T (1日 1T) 1日分 RP02 【般】ファモチジンロ腔内崩壊錠20mg 20mg アダラートL錠 1回 1T (1日 1T) 1日分 ★1日1回朝食後 RP03 【般】ニカルジピン塩酸塩徐放カプセル40mg 1回 1C (1日 2C) 1mg ワーファリン錠 1回 1T (1日 2T) センノシド錠 12mg「ト」 1回 1T (1日 2T) ★1日2回朝夕食後 以下余白 90日分

方

保険医署名 (「変更不可」欄に「し」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。) 高ー テスト 医師 印

備考 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「し」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

調剤済年月日 公費負担者番号 5 1 4 3 3 0 1 9 保険薬局の所在地及び名称 公費負担医療の受給者番号 6 0 6 0 3 8 8 保険薬剤師氏名 印

院外処方せんに関する注意事項

- 院外処方せんには使用期限があります。「交付年月日」を含めて4日間(別に指定のある場合を除く)でこの処方せんの有効期限は平成28年12月28日です。期限内に保険調剤薬局へ提出ください。●後発医薬品(ジェネリック医薬品)へ変更をご希望の場合は各保険調剤薬局にてご相談ください。●下記の情報は保険調剤薬局でより安全にあなたのお薬を管理していくための有用な情報です。知られたくない場合には、右半分を切り離し、左半分を提出いただいても構いません。

保険調剤薬局への連絡事項

下記項目は、処方鑑査や服薬指導の際、ご活用ください。

検査値情報(過去4ヶ月以内に測定歴のある直近の検査値を表示しています。)

Table with 2 columns: 検査項目 and 検査値. Rows include WBC, Hb, Plt, PT-INR, AST, ALT, T-Bil, 血清Cre, eGFR, CK, CRP, K, HbA1c for dates 11/23, 10/27, and 11/23. Includes a '基準値' row at the bottom.

特記事項...検査結果注意薬がある場合は欄内に印字されます。検査値をご確認ください。

ロキソニン錠 60mg(【腎、肝、骨】);20mg ガスターD錠(【腎】);1mg ワーファリン錠(【腎、肝、Hb, INR】);センノシド錠 12mg「ト」(【K】);

身体情報(測定歴のある直近測定日の数値を表示しています。未測定の場合もあります。)

身長 165cm(測定日:2016年11月08日) 体表面積 1.971㎡ 体重 90Kg(測定日:2016年11月08日)

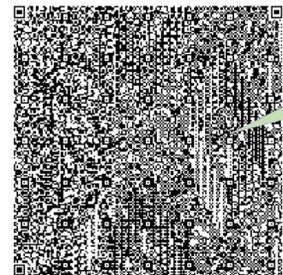
保険調剤薬局への連絡事項(医師→薬剤師)

保険調剤薬局からのコメント(薬剤師→医師)

処方内容については、各診療科にご照会下さい(電話番号は左記)

疑義照会後に変更となった場合、処方変更内容は、

熊大FAXコーナーへ送信して下さい(FAX:096-364-4656)



検査結果値は直近2回分の値が印字されます。

検査結果注意薬情報が印字されます。

身長、体重、体表面積が印字されます。

処方内容の二次元バーコードが印字されます。

左側全体は処方箋欄となります。