

処方箋

診療科：内科

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号 又は市町村番号		保険者番号									
公費負担医療又は老人医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	四	国	9	9	・	9	9	9	9

氏名	シヨウワケ 知ウ 四條 暲 太郎	01234567 (男)	保険医療機関の所在地及び名称 大阪府四條畷市中野本町28-1 社会医療法人信愛会 暲生会脳神経外科病院
性別	女	電話番号	072-877-6639
生年月日	昭和24年3月3日生	71歳1ヶ月	保険医氏名 暲生会 花子 (印)
区分	被保険者 被扶養者	2割	都道府県番号 27 点数表番号 1 医療機関コード 5701377

交付年月日 令和2年5月22日 処方箋の使用期間 令和2年5月25日
特に記載のある場合を除き、交付の日付を含め4日以内に保険薬局に提出してください。

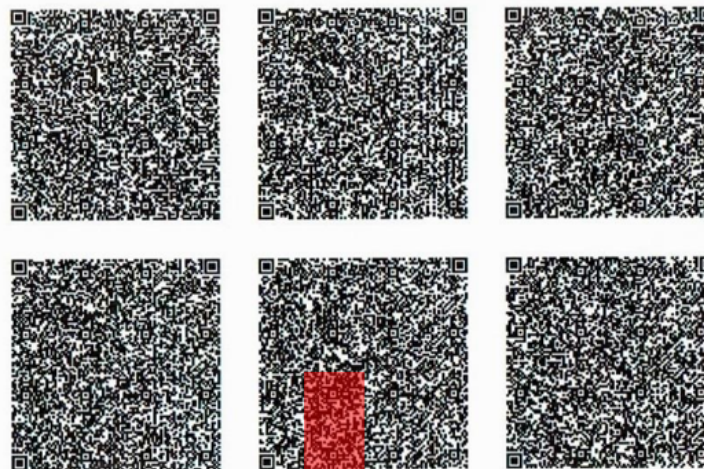
変更不可	個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」または「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。
01	【般】アトバスタチン錠5mg 1錠 【腎】トリアンズ配合錠AP 1錠 ベシアOD錠2.5mg（規格注意） 1錠 分1 朝食直前 薬局へ：血糖悪化、ジャディアンズ再開のため配合剤にした。 14日分
02	【般】ファモチジン口腔内崩壊錠20mg 1錠 分1 朝食直前 14日分
03	【腎】メグルロ錠250mg 3錠 分3 毎食直前 14日分 --- 次頁あり ---

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「✓」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
	変更不可欄に「✓」又は「×」を記載した場合、以下に署名又は記名・押印すること。 保険医署名 (印)

調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号							
保険薬局の所在地名		公費負担医療の受給者番号							
保険薬剤師氏名	(印)	保険薬局からの疑義照会はFAXで FAX：072-877-1035							

病院印なきものは無効

下記QRコードには薬品情報等含んでおります。



この処方箋を受け取られた患者様へ

以下の情報は、調剤する薬局が医薬品の適正使用の判断に利用するために記載しています。提示を希望されない場合は、この部分を切り離し、処方箋（QRコード欄を含む）をお渡し下さい。

検査結果（直近90日間の検査値より）

項目	基準範囲	結果	検査日	項目	基準範囲	結果	検査日
Alb				Mg			
T-Bil				CRP			
AST	8~38 IU/L	22	2020/05/22	WBC	40~90	68.3	2020/05/22
ALT	4~44 IU/L	20	2020/04/24	HGB	10 ² /μ	74.6	2020/04/24
CPK		21	2020/05/22	HGB	13.0~17.0 g/dL	17.1 H	2020/05/22
CRE	0.6~1.1 mg/dL	26	2020/04/24	PLT	13.0~37.0 10 ⁴ /μ	16.5	2020/04/24
eGFR				PT-INR		17.9	2020/05/22
Na	135~147 mEq/L	0.89	2020/05/22	HbA1c	4.6~6.2	17.8	2020/04/24
K	3.3~4.8 mEq/L	0.84	2020/04/24				
		64.8	2020/05/22				
		69.0	2020/04/24				
		142	2020/05/22				
		138	2020/04/24				
		4.6	2020/05/22			9.2 H	2020/05/22
		4.7	2020/04/24			8.9 H	2020/04/24

身長：163.1cm（測定日：2017/07/31）
体重：73kg（測定日：2019/10/18）
体表面積：1.79㎡

※検査結果は、交付年月日から直近2回分の検査値を表示します。
※測定されていない場合、値は印字されません。