

院外

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)  
(自費)

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	

氏名	マルノチ タロウ 丸の内 太郎	00230190-35 (男)	保険医療機関の所在地及び名称 長野県松本市渚1丁目7番45号 社会医療法人 抱生会 丸の内病院
性別	女	電話番号	0263-28-3003
生年月日	昭和 50年 1月 1日生	保険医氏名	清水 幹夫 (印)
区分	被保険者 被扶養者	10 割	都道府県番号 2   0   点数表番号 1   医療機関コード 0   2   1   7   2   3   6

交付年月日	平成29年 3月 2日	処方せんの使用期間	平成29年 3月 5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）への変更には「√」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】ロキソプロフェンNa錠60mg 【般】レバミピド錠100mg	3錠 3錠	7日分
02	分3 毎食後 マグミット錠330mg	3錠	7日分
03	分3 毎食後 【般】フロセミド錠20mg 【般】グリセリド錠1mg	1錠 1錠	7日分
04	分1 朝食後 ワ-ファリン錠1mg 分1 夕食後	2錠	7日分
— — — 以下余白 — — —			

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。） □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	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	平成 年 月 日	公費負担者番号	
保険薬局の所在地名称		公費負担医療の受給者番号	
保険薬剤師氏名	(印)		

■処方せん取り扱い上の注意

★検査結果を保険調剤薬局に伝えたくない場合は、用紙中央の点線部分で切り離して左側の処方箋のみお渡しください。

ID : 00230190  
マルノチ タロウ  
氏名 : 丸の内 太郎 性別 : 男  
身長 : 152.4cm (測定日 : 2016/08/16)  
生年月日 : 昭和50年 1月 1日 (42歳2ヶ月)  
体重 : 54.6kg (測定日 : 2016/08/16)  
体表面積 : 1.47m<sup>2</sup>

検査結果

検査名	基準値	検査結果	単位	検査日
白血球数	35.9 ~ 96.4	40.0	10 <sup>2</sup> /μl	2017/03/02
Neut%	41.2 ~ 74.7	60.0	%	2017/03/02
ヘモグロビン	13.2 ~ 17.2	11.0 L	g/dl	2017/03/02
PLT	14.8 ~ 33.9	15.0	10 <sup>4</sup> /μl	2017/03/02
AST(GOT)	11 ~ 28	12	IU/L	2017/03/02
ALT(GPT)	6 ~ 30	35 H	IU/L	2017/03/02
Alb	4 ~ 5	3.0 L	g/dl	2017/03/02
Cre	0.63 ~ 1.05	1.04	mg/dl	2017/03/02
eGFR				
HbA1c				
PT(INR)		2.60 P		2017/03/02
Na	138 ~ 146	135 L	mEq/l	2017/03/02
Cl	99 ~ 109	100	mEq/l	2017/03/02
K	3.6 ~ 4.9	3.5 L	mEq/l	2017/03/02
Mg				
Ca				

※患者様へ

- ①処方箋の有効期限は発行日を含め4日間（土日祭日を含む）です。有効期限を過ぎた場合は、保険調剤薬局で受け取ることができません。
- ②処方箋の再発行は出来ません。紛失した場合は再度受診が必要になり、費用負担が生じます。なくさないようご注意ください。
- ③処方箋を事前にFAXで調剤薬局へ送った場合でも、お薬の受け取りには処方箋が必ず必要となります。
- ④検査結果を保険調剤薬局に伝えたくない場合は、用紙中央の点線部分で切り離して左側の処方箋のみお渡しください。

※保険調剤薬局の方へ

- ①上記検査値を処方箋監査・服薬指導にご活用ください。
- ②この情報は患者様の大事な個人情報となりますので他の目的で使用せず大切に保管してください。