

処方箋

9999999

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です)

再発行分
2023/04/12 10:03:16

公費負担者番号		保険者番号		3	9	3	4	1	0	2	9	
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 1 2 3 4 5 6 7 8										
患者	氏名	テスト カンヂャ テスト 患者 殿		保険医療機関の所在地および名称 広島市中区国泰寺町2丁目4番16号 医療法人社団仁鷹会 たかの橋中央病院								
	生年月日	昭和20年12月13日 男		電話番号 082-242-1515								
	区分	被保険者		保険医氏名 泌尿器科 ◎ ◎◎ 印								
交付年月日		令和 5年 4月 4日		都道府県番号	34	点数表番号	1	医療機関コード	0112191	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

処方	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「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。									
	01)	アロプリノール錠100mg「タナベ」..... 1錠 [用法] 1日1回 朝食後 ---- 以下余白 ----								91日分	

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。		後期	高9
	保険医署名	印		
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				

調剤実施回数(調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。)

1回目調剤日 (年 月 日) 2回目調剤日 (年 月 日) 3回目調剤日 (年 月 日)

次回調剤予定日 (年 月 日) 次回調剤予定日 (年 月 日)

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	公費負担医療の受給者番号						

氏名: テスト 患者 患者ID: 9999999 生年月日: 昭和20年12月13日 性別: 男

<患者様へ>

保険薬局の薬剤師が確認を行うために、血液検査の一部と身長・体重測定値の結果を載せております。検査結果の確認を希望されない方は、検査結果の部分を切り離して提出してください。

本処方箋の有効期限は 4月7日 までです。

期限内に保険薬局へ提出し、お薬をお受け取りください。

<保険薬局様へ>

【検査情報】検査結果が表示されている場合、過去180日のうち直近の検査値を表示しています。

検査名(単位)	結果値	検査日	検査名(単位)	結果値	検査日
Alb(g/dL)	—	—	CL(mEq/l)	102	2022/12/12
Cr(mg/dL)	1.30	2023/4/4	TB(mg/dL)	1.1	2022/10/10
eGFR(mL/min)	41.9	2023/4/4	AST(U/L)	23	2023/4/4
UA(mg/dL)	3.9	2023/4/4	ALT(U/L)	35	2023/4/4
Na(mEq/l)	140	2022/12/12	CK(U/L)	75	2023/4/4
K(mmol/L)	4.2	2022/10/10	CRP(mg/dL)	0.06	2023/3/14
Ca(mg/dL)	—	—	WBC($\times 10^2/\mu L$)	2.47	2023/3/14
GLU(mg/dL)	152	2023/3/14	Hb(g/dL)	20.9	2023/3/14
HbA1c(%)	—	—	PLT($\times 10^4/\mu L$)	164	2023/3/14
TC(mg/dL)	209	2023/4/4	PT-INR	—	—
LDL-C(mg/dL)	127	2023/3/14			

身長: 171.5 cm (2023/03/30) 体重: 71.3 kg (2023/03/30)

※当院はリフィル対応していません。

処方箋番号: 8012

※疑義、問い合わせ時間 9:00~18:00(月・火・水・金)、9:00~13:00(木・土)