

公費負担者番号		保険者番号	9	6	0	0	0	0	0	0	0
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	リハカンジャ ミツオ リハ患者 光男	保険医療機関の所在地及び名称	大阪市阿倍野区旭町1-5-7 大阪市立大学医学部附属病院
	生年月日	昭和9年09月09日 86歳	性別	男性
	区分	10割	診療科名	生活習慣病・糖尿病セン

交付年月日	令和3年03月21日	都道府県番号	27	点数表番号	1	医療機関コード	2306360
-------	------------	--------	----	-------	---	---------	---------

処方箋の使用期間	令和3年03月24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	<p>個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更が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。</p> <p>1) アリセプトD錠 10mg 1錠 1回1錠（1日1錠） ・・・分1 朝食後 60日分 （総投与日数90日） ・・・2021/03/21(日) 以下余白</p>
	備考	<p>分割調剤 分割日数：60日 分割回数：2回</p> <p>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。） <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</p>

備考	課税	麻薬施用者番号	
	患者住所:	「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。	
		保険医署名	印
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	印	公費負担者医療の受給者番号	

★患者さんへ

- 「処方箋」の有効期限は、交付年月日を含め4日間（土日祝日含む）です。記載の使用期限を過ぎた場合、保険薬局ではお薬を受け取ることができません。
- 下記の臨床検査情報は、保険薬局での処方監査・服薬説明の際に、お薬の適正使用、副作用の早期発見・防止などにご活用いただくものです。
- この検査値の提出を希望されない場合は、用紙中央の点線部分で切り離し、左側の「処方箋」のみ、保険薬局にお渡しください。

◆保険薬局の皆さんへ

- 下記の臨床検査値は、交付年月日から90日以内の最新値です。（交付年月日から90日以内に測定結果がない項目は空欄になります）
- 処方監査（肝機能・腎機能に応じた薬の量の適正化や副作用の早期発見・防止など）及び服薬説明の際にご活用ください。

検査項目	WBC	Hb	Plt	PT-INR	AST
検査日					
検査値					
単位	*100/ μ L	g/dL	*万/ μ L		U/L

検査項目	ALT	T-bil	血清Cr	eGFR	CK
検査日					
検査値					
単位	U/L	mg/dL	mg/dL	mL/分/1.73m ²	U/L

検査項目	CRP	K+	HbA1c
検査日			
検査値			
単位	mg/dL	mEq/L	%

- 個人情報となりますので取り扱いには十分注意し、目的外での使用はしないでください。

