

1/1 院外処方箋

科名 内科 (この処方箋は、どの薬局でも有効です。)

NO. 53919710

公費負担者番号 8 9 2 2 0 0 0 0 保険者番号 7 8 4 1

公費負担医療の受給者番号 被保険者証・若しくは手帳の記号・番号

ID. 0009910010 テスト 1810 01 : 熊本市中央区二の丸1番5号
氏名 テスト 1810__017様 所在地及び名称 独立行政法人国立病院機構 熊本医療センター

生年月日 1992年01月01日 26歳 男性 電話番号 (096)353-6501(代表)
区分 被扶養者 保険医氏名 テスト管理者

交付年月日 平成30年10月19日 処方箋の発行日 平成30年10月22日

変更不可 [個々の処方箋について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更を望む場合がある場合は、「変更不可」欄に「レ」又は「X」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。]

- グリクラジド錠40mg「NP」 1錠
1回1錠(1日1錠)
...1日1回 朝食後 7日分
...服用開始日:2018/10/19(金)
- ジャヌビア錠50mg 1錠
1回1錠(1日1錠)
...1日1回 朝食後 7日分
...服用開始日:2018/10/19(金)
- スーグラ錠50mg 1錠
1回1錠(1日1錠)
...1日1回 朝食後 7日分
...服用開始日:2018/10/19(金)
- アムロジピン00錠2.5mg「NP」 1錠
1回1錠(1日1錠)
...1日1回 朝食後 7日分
...服用開始日:2018/10/19(金)
- ボグリボース00錠0.2mg「MEEK」 1錠
1回1錠(1日1錠)
...1日1回 朝食後 7日分
...テストコメント
...服用開始日:2018/10/19(金)

以下余白

下船後

保険医署名 [「変更不可」欄に「レ」又は「X」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。]

左側全体が処方箋欄となります

<患者さまへ>

この処方箋は「院外処方箋」です。有効期限は **交付日を含めて4日以内**です。

記載の有効期限を過ぎた場合、保険薬局でお薬を受け取ることができません。

保険薬局への検査値等の提供に差し支えのある方は右半分を切り離して使用してください。

以下の検査値情報は、保険薬局でお薬の種類や用量を確認し、副作用を予防するために必要なものです。

<保険調剤薬剤師の方へ>

※処方内容についての疑義は、処方医へお願いします。

検査値 (90日以内に測定歴のある検査値を表示しています。)

項目	WBC	Neut	Hb	PLT	AST	ALT	Cre	eGFR	Tbil	Na	K	IP	Ca
検査日													
検査値													
単位	×10 ³ /μL	%	g/dL	×10 ³ /μL	IU/L	IU/L	mg/dL	—	mg/dL	uEq/L	uEq/L	mg/dL	mg/dL

項目	Mg	CRP	HbA1C	PT-INR	ALB	CK
検査日						
検査値						
単位	mg/dL	mg/dL	%	—	g/dL	IU/L

身体情報 (未測定の場合もあります)

身長 165.0cm 体重 75.00 kg
測定日 2018/04/05 測定日 2018/04/05

※eGFR: 体表面積1.73m²あたりの値で表示しています。 体表面積 1.824 m²

おくすり伝言板

医師から調剤薬局へのコメント欄

処方医から保険薬局薬剤師へのコメント	診療科	医師氏名

フィードバック不要 (チェックが入っている場合は当院へ情報のフィードバックは不要です)

※処方医からコメントがある場合は、FAXにて下記番号へ返信をお願いします。
FAX番号(096-325-0254)

薬局名 薬剤師名 連絡先(TEL)

切り取り線

検査値の提供を希望されない方は切り取ることも可能です



※検査値の基準値データが読み込めます。

処方箋に検査値が表示されるようになりました。調剤薬局においても、お薬などによる副作用の確認ができるよう工夫しております。

身長、体重、体表面積が表示されます

必要に応じて、担当医から調剤薬局薬剤師へコメント及び調剤薬局薬剤師から担当医へコメントできる様式に変え、よりよい医療を提供できる様工夫しました

調剤薬局薬剤師からの返信欄

検査値の基準値がQRコードで表示