

院外処方箋の記載内容が変わりました。

第01版
院外処方箋
1/2

(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	保険者番号	被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	区分
公費負担医療の受給者番号	1 9 4 1 0 0 1 9	区	被保険者(本人)

患者ID	診療科	保険医療機関の所在地及び名称	佐賀市鍋島5丁目1番1号 佐賀大学医学部附属病院
フリガナ		電話番号	0952-31-6511
患者氏名	様	医師氏名	印
生年月日	年 05月 09日	郵政庁別冊	4 1 点数表
性別・年齢	男性 99歳7ヶ月	医療機関コード	9 9 1 0 0 6 7
交付年月日	令和1年12月29日	処方箋使用期間	年 月 日

変更不可 [醫者の処方箋について、特別医療給(ジェネリック医薬品)への変更を差し支えがあるを判断した場合、または、「変更不可」欄に「レ」又は「X」を記載し、「保険医療者」欄に署名又は記名・捺印すること。]

処方	1)	【麻】MSコンチン錠10mg 1回1錠(1日2錠) ・・・分2 朝夕 食後	2錠 14日分
	2)	【般】ファモチジン口腔内崩壊錠20mg 1回1錠(1日2錠) ・・・分2 朝夕 食後	2錠 14日分
	3)	【般】ケトアロフェン [®] 20mg(7×10cm非温感)(7枚/袋) 1日2枚使用 ・・・1日1回 患部に湿布又は貼付	7袋
	4)	【般】アムロジピン口腔内崩壊錠2.5mg 1回1錠(1日1錠) ・・・分1 朝食後	1錠 14日分
	5)	ビコソルファドナド付内用液0.75%「日医工」(10ML/本) 1回1本(1日1本) ・・・分1 寝る前	1本 2日分

次頁あり

備考	職務上の事由 職務上・下船後3月以内・通勤災害	保険医療者名	「変更不可」欄に「レ」又は「X」を記載した場合は、署名又は記名・捺印すること。
患者住所その他			

保険薬局が調剤時に医薬品を確認した場合の対応 (特に指示がある場合は「レ」又は「X」を記載すること。)

保険医療機関へ転送回した上で調剤 保険医療機関へ情報提供

調剤年月日	年 月 日	公費負担者番号	1 9 4 1 0 0 0 0
保険薬局の所在地及び名称		公費負担医療の受給者番号	
保険薬剤師氏名		印	

【検査情報】

項目	検査日	結果	基準範囲	単位
WBC			3.9-8.6	10 ⁶ /μL
Neutro			41.8-73.8	%
Hb			男) 13.7-16.8 女) 11.6-14.8	g/dL
PLT			158-348	10 ³ /μL
PT-INR			0.90-1.10	
AST			13-50	U/L
ALT			男) 10-42 女) 7-23	U/L
ソウービル			0.4-1.5	mg/dL
クレアチニン			M:0.65-1.07 F:0.46-0.79	mg/dL
eGFR			90.0以上	mL/min/1.73
K			3.6-4.8	mmol/L
HbA1c			4.9-6.0	%

身長	170.0 cm	体重	80.110 kg	体表面積	1.92 m ²
測定日	2008/12/10	測定日	2019/05/21		

QRコードは、この用紙に印字された情報をデジタル化したものであり、印字されていない情報を含みません。

この処方箋の有効期間は、特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内です。なくさないように保管し、保険薬局へ提出してください。検査結果は、処方薬を適正に調剤するために必要な情報ですが、保険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、左側の「処方箋」のみを渡してください。

- ・用紙を縦型→横型に変更しました。
- ・処方箋部分は左半分です。
- ・右半分は、患者さん個別に適した安全な調剤をするために必要な情報を印字しています。保険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、左側の「処方箋」のみを渡してください。