

処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

引換券番号: 



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	〒513-8505 保険医療機関の所在地及び名称 鈴鹿市国府町字保子里112番地1 鈴鹿回生病院 053-375-1212 保険医氏名		
区分	被保険者	被扶養者	都道府県番号 24 市町村番号 1 医療機関コード 0305177
交付年月日	令和 1年 7月16日	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	個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更を差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」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 内服 【投】 アセチルサリチル酸錠10mg 1錠 3日分 1日1回 朝食後 02 内服 【投】 アセチルサリチル酸錠5mg... 3錠 3日分 1日3回 毎食後 --- 以下余白 ---		
備考	保険薬局が調剤時に疾患を把握した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。） ☐ 保険医療機関へ照会した上で調剤 ☐ 保険医療機関へ情報提供 高? 「変更不可」欄に「✓」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		
調剤年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号	
保険薬局の所在地		公費負担医療の受給者番号	
保険薬剤師氏名			

検査結果

検査名	検査結果	単位	検査日
白血球数	3.9 L	X10 ³ /μ	2019/7/8
血色素量	11.5 L	g/dl	2019/7/8
血小板数	105 L	X10 ³ /μ	2019/7/8
HbA1c (NGSP)			
γ-GT	3.7 L	g/dl	2019/7/8
総ビリルビン	0.8	mg/dl	2019/7/8
AST (GOT)	19	IU/L	2019/7/8
ALT (GPT)	14	IU/L	2019/7/8
尿素窒素	24.1 H	mg/dl	2019/7/8
クレアチニン	0.94	mg/dl	2019/7/8
尿酸			
カルシウム	4.5	mEq/l	2019/7/8
総コレステロール			
CPK	133	IU/L	2019/7/8
プロトロン時間INR			

＜検査結果＞ 過去3ヶ月以内で、直近の検査値を表記しています。

※当院の基準値は病院のホームページをご覧ください。

※検査結果のHは基準値より高い値、Lは基準値より低い値、

Pはパニック値（異常値）として表記しています。

◎この処方せんを保険薬局に提出してお薬をお受け取り下さい。

◎この処方せんの有効期限は、交付日を含めて4日間です。

期限を過ぎると無効になりますので、ご注意下さい。

また処方せんの再発行はいたしませんので、大切に扱ってください。

◎処方欄の「変更不可」に「V」又は「X」、かつ備考欄「保険医署名」のところに

保険医師名の署名または記名・押印がない場合は、保険薬局とご相談のうえ、

後発医薬品（ジェネリック医薬品）に変更して調剤することができます。

◎検査値を掲載してほしくない方は、受診時に主治医へその旨をお伝え下さい。

自動車運転等に制限がある薬剤が処方されている場合には、患者さんへの服薬指導をお願いします。

◎ご不明の点がありましたら、下記にお問い合わせ下さい。

※処方のお問合せは薬剤管理課 059-375-1321まで