

処方箋

患者番号: (99999501)

オーダー番号 826164 第 6 版

科名 (内科)

(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		自費介護本人 0%	
公費負担医療又は 老人医療の受給者番号		保険者番号	
		被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号 (枝番)	
氏名		保険医療機関 熊本県熊本市南区会富町1120 の所在地 及び名称 あきた病院 電話番号 096-227-1611	
生年月日 昭和10年10月10日 89歳4ヶ月 (男)・女		保険医氏名 システム管理者 (印)	
区分 (被保険者) 被扶養者		市道府県 番号 4 3 点数表 番号 1 医療機関 コード 0 1 2 1 3 7 3	
交付年月日 令和07年03月03日		処方せんの 使用期間 令和07年03月06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		個々の処方箋について、医療上の必要があるため、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更により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。 また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「✓」又は「×」を記載すること。	
方		Rp1 【般】アゼルニジピン錠8mg 1錠 ジャディアンス錠10mg 1錠 【般】アジスロマイシン錠250mg 1錠 1日1回起床時 1日分	
備		Rp2 【般】シロスタゾール口腔内崩壊錠100mg 1錠 【般】タムロシン塩酸塩口腔内崩壊錠0.1mg 1錠 1日1回夕 1日分 以下余白	
考		麻薬施用者番号 患者住所 保険医署名 [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 (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 checked="" 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、「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)	
調剤年月日 令和 年 月 日		公費負担者番号	
保険薬局の 所在地及び 名称 (印)		公費負担医療又は 老人医療の受給者番号	
保険薬剤師氏名			

《患者さんへ》

- この処方せんは「院外処方せん」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。
- 以下の検査値情報・身体情報は、保険薬局でお薬の種類や容量を確認し、副作用を予防するために必要なものです。差し支えのある方は、右半分を切り離し、左半分を提出頂いても構いません。

《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。

疑義照会後に変更になった場合、変更内容を連絡して下さい。

(あきた病院 096-227-1611)

【検査結果】(未測定の場合もあります)

検査値(3か月以内に測定歴のある直近の検査値を表示しています。)

項目	AST(GOT)	ALT(GPT)	CK(CPK)	アルブミン	クレアチニン
検査日	2024/12/20	2024/12/20	2024/12/20	2024/12/20	2024/12/20
検査値	22	21	180	3.8	1.90
単位	U/l	U/l	U/l	g/dl	mg/dl

項目	推算GFR(eGFR)	中性脂肪	LDLコレステロール	カルシウム	カリウム
検査日	2024/12/20	2024/12/20	2024/12/20	2024/12/20	2024/12/20
検査値		120	110	9.8	3.3
単位	ml/min	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mEq/l

※eGFR:体表面積1.73m²あたりの値で表示しています。

項目	HbA1c	血色素量	白血球数	血小板数	PT-INR
検査日	2024/12/20	2024/12/20	2024/12/20	2024/12/20	2024/12/20
検査値	6.2	12.1	5600	20.1	1.8
単位	%(NGSP)	g/dl	/μl	×10 ⁴ /μl	-

【身体情報】(未測定の場合もあります)

身長	165.2 cm
体重	52.0 kg

