

# 処方せん

外科 (この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号		保険者番号	
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	被保険者 100%	保険医療機関	東京都練馬区旭丘一丁目24番1号		
	練馬 テスト 様	所在地及び名称	公益財団法人 東京都医療保健協会 練馬総合病院		
	S39年11月11日生 52歳0ヶ月 男	電話番号	03-5988-2200		
		保険氏名	テスト 医師 印		
		都道府県番号	13	点数表番号	1
		医療機関コード	2070936		

交付年月日	H28/11/30	処方せんの使用期間	
-------	-----------	-----------	--

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）への変更にし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 ]

1) 内服  
 ティーエスワン配合OD錠 T 25 25 1回 2錠(1日4錠)  
 mg (テガフル相当量)  
 1日2回 2 × 食後(朝夕) 14日分

2) 内服  
 ミヤBM錠 1回 2錠(1日6錠)  
 1日3回 3 × 毎食後 14日分  
 [以下余白]

処方せん検査値添付サンプル

保険医署名 [「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]

22 注意：当処方箋は1回量1日量併記処方箋です

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。)  
 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤  保険医療機関へ情報提供

薬剤済年月日	平成 年 月 日	公費負担者番号	
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	

薬剤済年月日	平成 年 月 日	公費負担者番号	
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	

## 患者さんへ

下記の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有用な情報です。

### 保険薬局への連絡事項

下記項目は、処方監査、服薬指導の際、ご活用下さい。  
 個人情報となりますので、取り扱いには十分注意し、目的以外での使用はしないでください。

<検査値(直近90日の検査から)>

項目名	基準値		単位	検査結果 1			検査結果 2		
	男性	女性		結果	H/L	検査日	結果	H/L	検査日
白血球数	35~85		100/ $\mu$ l	2900	L	11/15	6100		10/27
ヘモグロビン濃度	13.5~17.8	11.5~15.0	g/dl	11	L	11/15	10.9		10/27
血小板数	15~35		万/ $\mu$ l	20.3		11/15	20.3		10/27
総ビリルビン	0.4~1.3		mg/dl	0.6		11/15	0.51		10/27
CK	60~250	50~170	U/l						
AST (GOT)	10~35		U/l	22		11/15	25		10/27
ALT (GPT)	5~40		U/l	20		11/15	24		10/27
クレアチニン	0.7~1.1	0.4~0.8	mg/dl	0.71		11/15	0.69		10/27
eGFR(換算値)	-		-						
K	3.6~4.8		mEq/l	4.5		11/15	4.9	H	10/27
CRP	0~0.35		mg/dl	0.05		11/15	0.03		10/27
HbA1c	4.3~5.9		%	5.7		11/15	5.1		10/14
PT-INR	0.8~1.2		-	1.03		11/15			

保険薬局 ⇄ 病院 連絡事項