

診療科名：呼吸器外科

院外処方箋

1/1

患者No：9022032922

(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 又は市町村番号		保険者番号 0 1 1 0 0 0 1 5	
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 記号01100015 (枝番) 9 0	
患 者 名	氏名 テスト リフィル01 様	保険医療機関の所在地及び名称 岩手医科大学附属病院	
	生年月日 昭和61年01月01日 37才 男性	電話番号 019-613-7111	
区分被扶養者	病200以上	保険医氏名 (開) 富士通シス管 遠藤 (印)	
交付年月日 令和5年11月20日		処方箋の使用期限 1. 交付月日を含めて4日以内 2. 令和 年 月 日まで	
*処方内容の手書きは、無効です。			
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）への変更にあ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) ネキシウムカプセル10mg ICP 1日分 ・・・1日1回 朝食後 以下余白		
処 方	リフィル可 <input checked="" type="checkbox"/> (2 回)		
備 考	麻薬施用者番号		
	「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。		
保険医署名 (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 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、□に「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）			
公費負担者番号		調剤済年月日	
公費負担医療又は 老人医療の受給者番号		保険薬局の所在地及び名称	
患者住所		保険薬剤師氏名 (印)	

【患者さんへ】

- 当院ではお薬を安全に使用するために、検査情報や身体情報を保険薬局に開示することをお勧めしています。
- 情報の表示を希望されない場合は、医師への申出により次回以降表示を行わないようにすることが可能です。
- 情報を保険薬局に開示することを希望されない場合は、切り取り線で切り離し、左側の処方箋のみお渡しください。

【保険薬局の方へ】

- 下記の情報は処方監査や服薬指導などにご活用ください。患者さんが返却を希望する場合は、切り離してお渡しください。目的以外の使用はしないでください。
- 保険薬局向け案内（問い合わせ先、トレーシングレポート送付先など）を当院薬剤部HPに掲載しておりますので、ご覧ください（左記のQRコードからも参照できます）。



当院薬剤部HP
QRコード

身体情報

身長	170.0cm	体重	65.0kg	体表面積	1.75㎡
測定日	2021/9/14	測定日	2021/9/14		

検査情報（過去90日以内に測定歴のある検査値を表示しています）

検査項目	検査値	検査日	基準値	単位
WBC	3.0	2021/11/1	3.3~8.6	(10 ³ /μL)
NEUT #	1.5	2021/11/1	0.99 ~6.02	
Hb	9.8	2021/11/1	M:13.6~18.3 F:11.2~15.2	(g/dL)
PLT	201	2021/11/1	158 ~348	(10 ³ /μL)
PT-INR			0~0	
AST	35	2021/9/20	13~30	(U/L)
ALT	40	2021/9/20	10~42	(U/L)
T-Bil			0.4~1.5	(mg/dL)
CRE			0.65 ~1.07	(mg/dL)
eGFR			90~	(mL/min/1.73㎡)
CK			2~40	(U/L)
CRP			0~0.14	
HbA1C			4.9~6.0	(%)
K			3.6~4.8	(mmol/L)
Na			138 ~145	(mmol/L)
Ca			8.8 ~10.1	(mg/dL)
Alb			4.1~5.1	(g/dL)
Mg			1.8~2.3	(mg/dL)
UA			2.1~7	(mg/dL)

注) 基準値はあくまで参考であり、病態により異なります。

切り取り線