

公費負担者番号 又は市町村番号									
公費負担医療又は 老人医療の受給者番号									

保険者番号			0	0	0	0	0	0	0
被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号	上ああ								

患者	氏名	テスト カツラ	様
	生年月日	昭和56年02月18日 36才 男性	
区分	被保険者	負担割合	3割

保険医療機関の所在地及び名称 京都市西京区山田平尾町17  
社会福祉法人 京都社会事業財団  
京都桂病院  
電話番号 [075] 391-5811  
診療科名 一般内科  
保険医氏名 GXテスト系管理者 ㊦

交付年月日	平成29年06月28日	都道府県 番号	26	市区町村 番号	1	保険機関 コード	4000095
-------	-------------	------------	----	------------	---	-------------	---------

処方せんの 使用期限	平成29年07月01日	左記の期日までに、保険薬局に提出すること。
---------------	-------------	-----------------------

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）への変更に応じ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。 ]
------	---

処方	内服薬は1日量処方です
	1) ガスコン錠 40mg 3錠 28日分 ・・・分3 朝・昼・夕食後 ・・・2017/06/28(水) 以下余白

備	施用者番号
---	-------

考	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。] ㊦
---	---

	<HR>はハイリスク薬を表す
--	----------------

	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。)
--	--

	<input type="checkbox"/> 保険医療機関へ展覧風化した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ前保提供
--	---

調剤済年月日		公費負担者番号							
--------	--	---------	--	--	--	--	--	--	--

公費負担医療又は 老人医療の受給者番号	
------------------------	--

公費負担医療又は 老人医療の受給者番号	
------------------------	--

公費負担医療又は 老人医療の受給者番号	
------------------------	--

## 【処方箋に関する注意事項】

- ◆ 処方箋の使用期限は交付年月日を含めて4日間(土日祝日を含む)です。使用期限を過ぎた場合、保険薬局でお薬を受け取ることが出来ません。
- ◆ 処方箋を紛失された場合は再度受診が必要となり、費用負担が生じます。無くさないようお気を付けください。
- ◆ 以下の検査値等は、保険薬局の方に、薬の内容確認や服薬指導に活用していただくものです。

## 【保険薬局薬剤師の方へ】

## 【検査情報】 (直近120日以内に測定した直近の検査値を表示しています)

検査項目	WBC ( /uL)	Hb ( g/dL)	P1t (×10 <sup>9</sup> /uL)	PT-INR	AST ( IU/L)	ALT ( IU/L)	T-Bil ( mg/dL)
検査日	2017/05/01	2017/05/01	2017/05/01	-----	-----	-----	-----
検査値	3600	12.5	25.1	-----	-----	-----	-----
検査項目	sCre ( mg/dL)	eGFR (mL/min/1.73m <sup>2</sup> )	CK ( IU/L)	CRP ( mg/dL)	K ( mmol/L)	HbA1c (%)	
検査日	-----	-----	-----	-----	-----	-----	
検査値	-----	-----	-----	-----	-----	-----	

## 【身体情報】 (測定日にご注意下さい。未測定の場合は表示されません)

身長	156.0 cm	体重	45.000 kg	体表面積	1.409 m <sup>2</sup>
測定日	2014/04/21	測定日	2014/04/21		

- ①後発医薬品へ変更調剤時の情報提供は原則として必要ありません。お薬手帳をご利用ください。尚、必要に応じて当院より情報を求める場合があります。
- ②疑義照会について  
下記の欄に疑義内容を記載の上、075-392-2875(薬剤科)にFAXして下さい。平日17:30以降や土日祝日は回答に時間を要することがあります。

照会日時	年 月 日	保険薬局名
	時 分	電話番号
【疑義照会内容】(今すぐ・_ 時頃まで)		薬剤師名

病院 使用 欄	【回答内容】				
	医師:	薬剤師:	疑義入力:	処方修正:	医事: