

院外処方箋サンプル

処方箋

(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		5 4	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		1 2 3 ・
氏名	タカツキ タロウ 高槻 太郎		99999001-2 (男)	大阪府高槻市阿武野1丁目1番1号 日本赤十字社 高槻赤十字病院 TEL. 072-696-0571	
性別	昭和 8 年 1 月 1 日生	女	電話番号		TEL. 072-696-0571
区分	被保険者	被扶養者	都道府県番号	27	医療機関コード
				09	00438
交付年月日	平成31年 2月 4日	処方箋の使用期間	平成31年 2月 7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)への変更には差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」または「×」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	01	【般】ハビト錠100mg	3錠	14日分	
	02	分3 毎食後 MSコンチン錠30mg	2錠	14日分	
	03	分2 朝夕食後 【般】ロキソプロフェンNaテープ 50mg(7×10cm非温感)	70枚	10日分	
	04	1日1回 1回1枚 ロキソニ錠60mg	1錠	10回分	
方	×	疼痛時			
		- - - 以下余白 - - -			
備考	高一	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「✓」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			
		変更不可欄に「✓」又は「×」を記載した場合、以下に署名又は記名・押印すること			
		保険医署名 日赤 花子			
		患者住所 大阪府高槻市〇×〇町1丁目2番地3号			
		麻薬施用者 123456789			
		免許番号			
調剤済年月日	平成 年 月 日	公費負担者番号			
保険薬局の所在地名		公費負担医療の受給者番号			
調剤済年月日					

検査値開示に同意
しない場合切り取り可

◇患者さんへ

- ・院外処方箋の有効期限は交付日を含めて4日以内です。期限を過ぎると使用できません。再発行もできませんので再度診察が必要です。紛失した場合も同様です。
- ・ご自身のかかりつけの保険調剤薬局を持つと安心です。
- ・下記の臨床検査値情報は、保険調剤薬局での処方監査・服薬指導などを補うことを目的に、検査値がある場合に印字しています。
- ・検査値の開示を望まない場合は点線で切り取り、左側の処方箋のみご提出ください。

◇保険調剤薬局へ

検査結果 (直近3ヶ月以内の検査値より)

検査名	基準値	検査結果	単位	検査日
WBC	3.4-8.4	4.5	×1000/μL	2019/02/14
Hb	12.3-16.6	16.2	g/dL	2019/02/14
PLT	12.7-34.8	21.2	万/μL	2019/02/14
PT-INR		1.02		2019/01/04
AST	3-38	18	IU/L	2019/02/14
ALT	4-43	22	IU/L	2019/02/14
T-BIL	0.4-1.5	1.3	mg/dL	2019/01/15
CRE	0.6-1.1	0.86	mg/dL	2019/01/04
eGFR推算値	60-90	67	mL/分/1.73	2019/02/14
CPK	43-272	141	IU/L	2019/02/14
CRP	0-0.3	0.42	mg/dL	2019/01/04
K	3.4-4.8	5.2	mEq/L	2019/01/04
HbA1c	4.6-6.2	6.4	%	2019/01/15

切り取り可

血算・肝機能・腎機能などの13項目

・処方箋についての疑義照会はFAXにて下記へご連絡ください。
院外処方箋FAXコーナー 072-690-6667 (9時~17時)

・調剤した医薬品の商品名(銘柄)をお手帳に漏れなく記載のうえ、次回診察時に必ず持参するようご指導願います。

処方QRコード

