

処方箋

009995557

出力時刻：09:39:21

(この処方箋は、どの薬局でも有効です。) 病 2 0 0 床以上

1/1

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	3	9	2	4	2	0	3	7
被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号	0	0	6	7	6	5	4	4

氏名	テスト 5557	様
テスト 5557	1975年06月25日	43才 女性

保険医療機関の所在地及び名称
三重県伊勢市楠部町3038番地
市立伊勢総合病院
電話番号 0596-23-5111
診療科名 内科
保険医氏名 **OSSC医師** ㊞

区分	被保険者	負担割合	1割
----	------	------	----

都道府県番号	24	点数表番号	1	医療機関コード	0805036
--------	----	-------	---	---------	---------

交付年月日	平成31年01月10日
-------	-------------

処方箋の使用期限	
----------	--

変更不可 [個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に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。]

処方	1) ノルバスクOD錠2.5mg 1回1錠 (1日 1錠) ・・・1日1回 朝食後	1錠	14日分
	2) アレグラ錠60mg 1回1錠 (1日 2錠) ・・・1日2回 朝・夕食後	2錠	14日分
	3) リンデロンーVG軟膏0.12% 5g ・・・ぬり薬 1日1回 湿疹の所	2本	
以下余白			

麻薬施用者番号	患者住所
---------	------

備考	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。] ㊞
<input type="checkbox"/> 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	

調剤済年月日	公費負担者番号
--------	---------

保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	公費負担医療又は老人医療の受給者番号
(注) この処方箋の使用期限は特に記載のない場合は、交付日を含めて4日以内です。	

お薬を院外の保険薬局でお受け取りになる方は、お支払い終了後、処方箋を『処方せんFAXコーナー』(1階 総合案内)まで、お持ちください。

*****安全情報*****

食物禁忌	薬剤禁忌
卵禁(アレルギー) 青魚禁(アレルギー)	セフゾンカプセル100mg レニベース錠5 5mg リピトール錠10mg キシロカインビスカス2%

連絡事項	TEL 23-5111	医事印
------	-------------	-----

検査項目	Cre	eGFR	ALT	AST	T-Bil	Na	K
検査日	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
結果	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

検査項目	Ca	Mg	Fe	WBC	好中球	PLT	Hb
検査日	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
結果	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

検査項目	HbA1c	ALB	CK	PT-INR	LDL-C
検査日	-----	-----	-----	-----	-----
結果	-----	-----	-----	-----	-----

※検査値は、過去90日内の直近データを記載しております