

# 処方箋

0099995557

出力時刻：11:33:16 (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	
1978年06月20日	41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	点教表 番号	1	医療機関 コード	0805036
------------	----	-----------	---	-------------	---------

交付年月日	令和2年03月13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
以下余白		

備	麻薬施用者番号	患者住所
	高一	

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。 ] ㊟
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

連絡事項		医事印
------	--	-----

検査項目	CRE	eGFR	ALT	AST	TB	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