

身体情報							
身長	160.00 cm	体重	55.000 kg	体表面積	1.52 m ²		
測定日	2017/3/17	測定日	2017/3/17				

99990001110 TE (この処方せんは、どの薬局でも有効です。)										確 認 印
公費負担者番号				保険者番号				0 6 0 0 0 0 0 0		
公費負担者の 姓・氏名				被保険者証・継続給 付者証の授受者番号						
テスト カンザキ 〇 〇 〇 テスト 患者 〇 〇 〇 男性 (昭和60年03月12日) 被保険者				徳島県三好市池田シマツR15の2 所在地及び名称 徳島県立三好病院 電話番号 (0883) 72-1-1311 保険医番号 [聞] 医師 〇 〇 1 〇 〇 【電子署名】 3[日] 6[時] 11[分] 55[秒] 0[日] 11[月] 0[年]						
交付年月日		平成 29 年 03 月 01 日		処方せんの 使用期限		平成 年 月 日まで、特に記載のある場合を除き、 交付の日を含めて4日以内に医療機関で効力すること。				
変更不可		個々の処方箋について、後援医薬品（ジェネリック医薬品）への変更により支弁が異なることと判別しなご注意し、「変更予定」欄に「レ」又は「X」を記載し、「保険料減額」欄に変更又は記入し、押印すること。								
(処方 薬名・分量 用法・投与 回数・日数)		1) ニサアクリル錠 5粒EK ・ ・ ・ 1 X朝食後 以下余白		1錠 3日分						
検査項目 「検査予定」欄に「レ」又は「X」を記載し 「検査結果」欄に「判定結果」を入力する。 「検査結果」欄に「検査結果」として入力する。										
保険料減額(薬剤師)控除申請した金額の決定(特約に規定ある場合は)「X」又は「レ」を記載すること。 ☐ 保険料減額後—継続給付—として調剤										
商業使用の場 合		患者住所 保険利用者 免許番号		公費負担者番号 公費負担医療 の受給者番号						
開方 期 日		年 月 日		住 居 所 保険資格 の 姓 名						

身体情報

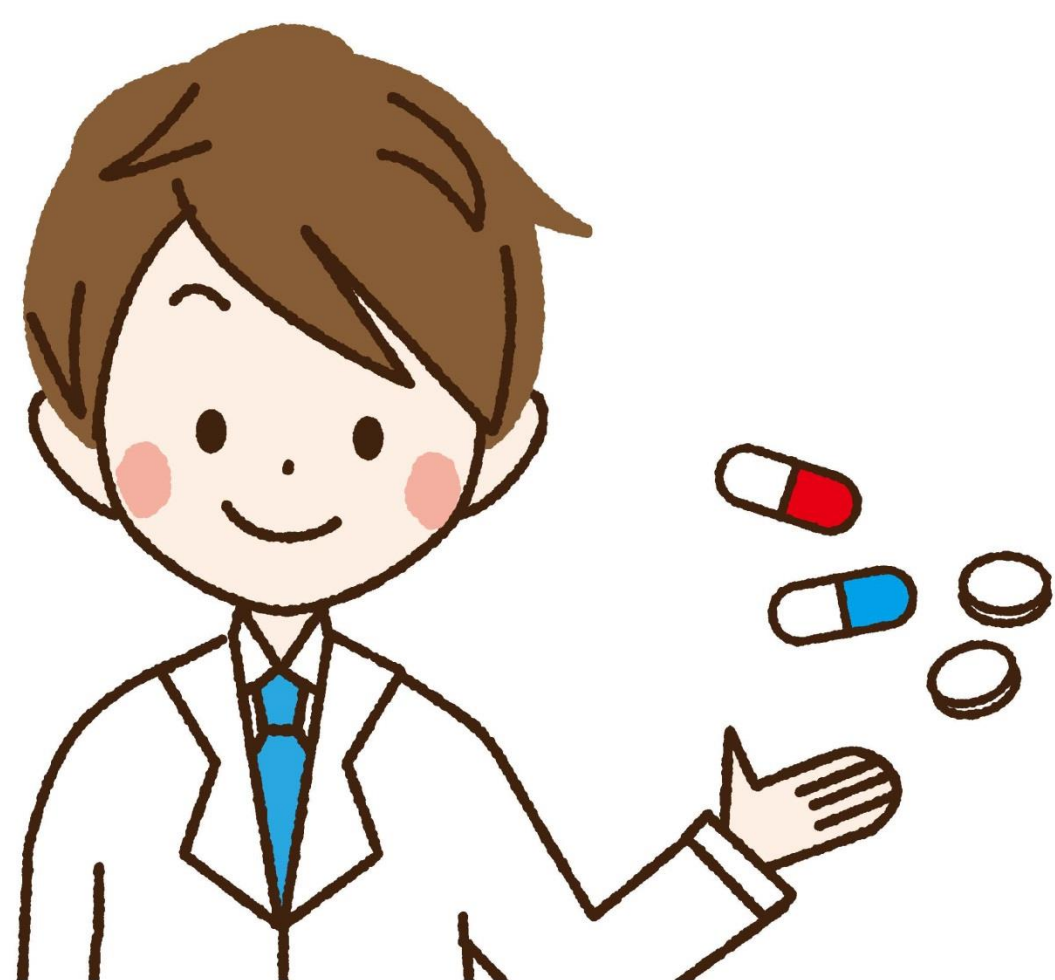
身長	160.0 cm	体重	55.00 kg	体表面積	1.52 m ²
測定日	2017/3/17	測定日	2017/3/17		

検査値 (90日以内に測定歴がある検査値を表示しています。)

検査項目	HbC	NEUT	HGB	PLT	PT-INR	AST	ALT
測定日	2017/3/17	2017/3/17	2017/3/17	2017/3/17	2017/3/17	2017/3/17	2017/3/17
測定値	59.0	51.3	15.2	23.6	1.1	20	21
単位	10 ² / μ L	%	g / μ L	10 ³ / μ L	(秒値 x)	U/L	U/L

検査項目	T-BIL	血清Cr	eGFR	CK	Na	K	HbA1c
測定日	2017/3/17	2017/3/17	2017/3/17	2017/3/17	2017/3/17	2017/3/17	2017/3/17
測定値	0.50	0.80	78.4	53	140	4.4	6.5
単位	mg / dL	mg / dL	ml/min/1.73m ²	U/L	mEq/L	mEq/L	%

※eGFRは補正値 (体表面積1.73m²での算出値) です。



徳島県立三好病院 〈お問い合わせ先〉薬 剤 科