

公費負担者番号		公費負担医療 の受給者番号		保険者番号		被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号	
患者氏名 三好 太郎		性別 男性 (昭和42年06月04日)		保険医療機関の 所在地及び名称 徳島県立三好病院		電話番号 (0883) 72-1131	
区分 被保険者		保険医氏名 徳島 花子		都道府県 番号 36		市区町村 番号 10610010	
交付年月日 平成29年05月31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）への変更にあたり支えがあると判断した場合は、「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。]					
1) アムロジピンOD錠 5mg ・・・1×朝食後		1錠 7日分 以下余白					
（処方 薬名・分量・用法・投与 日数・又は投与量）		見 本					
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。]					
		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。） ☐ 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					
麻薬使用 の場合		患者住所		公費負担者番号		公費負担医療 の受給者番号	
麻薬施用者 免許番号				住 所 薬 局 名 保険薬剤師 氏 名			
調 剤 済 年 月 日		年 月 日					

これは「院外処方せん」です。

8143994 -01

この処方せんの使用期間は

平成29年06月03日までです。

- ① 「処方せん」の使用期間は発行日を含め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できません。
- ② 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つけください。
- ③ 事前に「処方せん」をFAXで送った場合でも、保険薬局でのお薬の受け取りには、「処方せん」が必須です。

・下記の情報は、保険薬局であなたの薬をより安全に管理するために必要な情報です。
・処方せんとともに保険薬局にご提出ください。

・ただし個人情報のため、保険薬局への開示を望まない方は、ミシン目で切り離してお持ち帰りください。

身体情報

身長	163.50 cm	体重	63.100 kg	体表面積	1.683 m ²
測定日	2017/05/24	測定日	2017/05/24		

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	WBC	NEUT	HGB	PLT	PT-INR	AST	ALT
測定日	05/24	05/24	05/24	03/07	03/07	03/07	03/07
測定値	43.0	73.0	13.5	23.6	1.10	20	21
単 位	10 ³ /μL	%	g/dL	10 ³ /μL	(単位なし)	IU/L	IU/L

検査項目	T-BIL	血清Cr	eGFR	CK	Na	K	HbA1c
測定日	03/07	03/07	03/07	03/07	03/07	03/07	03/07
測定値	0.50	0.80	81.0	53	140	4.4	6.5
単 位	mg/dL	mg/dL	mL/min/1.73m ²	IU/L	mEq/L	mEq/L	%

※eGFRは補正值（体表面積1.73m²での換算値）です。