院外処方せん

（この処方せんは、どの薬局でも有効です）

公費負担者番号		保険者番号	
公費負担者医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	

受診番号	0123456	保険医療機関の所在地及び名称	北九州市八幡西区岸の浦1丁目8番1号 独立行政法人地域医療機能推進機構 九州病院
患者氏名	キュウシュウ タロウ 九州 太郎 男	電話番号	093－641－5111
生年月日	S. 30. 08. 30 61歳 月	診療科	整形外科
		保険医師名	八幡 花子 印

保険区分		都道府県番号	40	点数表番号	1	医療機関コード	661234
受付日付	年 月 日						

処方せんの使用期限　年　月　日　　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

処方	医薬品名・規格/用法	分量	日数
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）への変更に差支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」を記載し「保険医署名」欄に署名又は記名・捺印すること。）		
	Rp.01 コートリル錠10mg	2錠	
	1日1回朝食後		7日分
	----------＜以下余白＞----------		

備考

「変更不可」欄に「レ」を記載した場合は署名又は記名・捺印すること。

保険医署名　印

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「×」を記入すること）

□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

調剤年月日	平成 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	印	公費負担者医療の受給者番号	

院外処方せんに関する注意事項

患者さんへの説明

この院外処方せんの有効期限は「平成　年　月　日まで」です。
お早めにかかりつけの保険薬局でお薬をお受け取りください。
原則、処方せんの再発行はできません。
後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更を希望される場合には、保険薬局にてご相談ください。

保険薬局の先生へ

下記の検査値は、患者さんの有効で安全な薬物治療を行うために処方監査、服薬指導の際にご活用ください。

【検査値】

検査値16項目（100日以内）

項目	結果	単位	検査日	項目	結果	単位	検査日
WBC	7.1	10^3/μL	2017/01/20	Scr	0.62	mg/dL	2017/01/20
Neut	77.3	%	2017/01/20	eGFR	73	ml/min/1.73m2	2017/01/20
Hb	13.4	g/dL	2017/01/20	Ccr	42	ml/min	2017/01/20
Plt	H 375	10^3/μL	2017/01/20	CK	48	U/L	2017/01/20
PT-INR	1.0	INR	2017/01/20	CRP	H 0.30	mg/dL	2017/01/20
AST-GOT	28	U/L	2017/01/20	K	4.5	mmol/L	2017/01/20
ALT-GPT	27	U/L	2017/01/20	HbA1C	5.5	%	2017/01/20
T-Bil	0.9	mg/dL	2017/01/20	ALB	L 3.4	g/dL	2017/01/20

身長：　cm（2017/　/　）　体表面積：　m²（2017/　/　/）
体重：　Kg（2017/　/　）

連絡・問い合わせ事項

特に薬局薬剤師に説明してほしいことなど

病院・医師から保険薬局へ

77.3%

疑義照会あるいは医師からの依頼に対する回答・報告

保険薬局から病院・医師（FAX：093-641-5139）へ

（薬局名：　担当薬剤師：
TEL：；　FAX：）

独立行政法人地域医療機能推進機構　九州病院