

(再)

院外処方箋

市町村番号・ 公費負担者番					
老人医療・ 公費負担医療 の受給者番号					

保険者番号	01		
被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号			

ID	0000005690	呼吸器内科
氏名	リハ テスト 10 殿 女	
生年月日	昭和40年11月11日生	(57歳4ヶ月)
被保険者	国保	負担割 3割

北海道札幌市中央区北1条西13
 丁目1番1号
 所在地及び名称 市立札幌病院
 電話番号 011-726-2211
 保険医氏名 NEC YU (印)

都道府県 番号	01	点数表 番号	1	医療機関 コード	0116381
------------	----	-----------	---	-------------	---------

※特に記載のある場合を除き交付日を含めて4日以内に保険薬局へ提出してください

発行日	2023年03月14日	処方箋の使用期限	年 月 日
変更不可	01) センソシド錠12mg「サワイ」 1日1回 夕食後 30日分 ** 以下余白 **		

「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。

保険医署名

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

調剤実施回数 (調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。)	□1回目調剤日 (年 月 日) □2回目調剤日 (年 月 日) □3回目調剤日 (年 月 日)
次回調剤予定日 (年 月 日)	次回調剤予定日 (年 月 日)
麻薬施用者 免許証 第 号	患者 住所
調剤済年月日 令和 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)	公費負担医療 の受給者番号



この処方せんを受け取られた患者様へ

- ・処方箋には有効期限があります。ご注意ください
- ・本紙は、処方されたお薬やその量が患者様にとって適正かどうかなどを保険調剤薬局が判断するための重要な情報です。切り離さずにこのまま保険調剤薬局へお渡しください。

保険調剤薬局様へ

- ・後発医薬品に変更した場合、疑義照会する場合はFAXをお願いします。(緊急の場合は照会後にFAXを。) 詳細は当院ホームページをご覧ください。
- 【市立札幌病院 薬剤部】 011-726-2211 内線 2324 FAX 011-726-7919

<検体検査結果> (直近3か月の検査のみ)

項目	結果値	検査日	基準値
Bil-T	10.0 mg/dL	2023/03/25	0.4-1.5
WBC	10.0 x10 ³	2023/03/25	3.3-8.6
Hgb	10.5 g/dL	2023/03/25	11.6-14.8
PLT	5.0 x10 ³	2023/03/25	158.0-348.0
AST	1002.0 U/L H	2023/03/25	13-30
ALT	110.0 U/L H	2023/03/25	7-23
γ-GT	20.0 U/L	2023/03/25	9-32
UN	10.0 mg/dL	2023/03/25	8.0-20.0
Cr	110.0 mg/dL	2023/03/25	0.46-0.79
CRP	240.0 mg/dL H	2023/03/25	0.00-0.14
CK	1.0 U/L L	2023/03/25	41-153
HbA1c	10.0 %	2023/03/25	4.9-6.0
K	66.0 mEq/L	2023/03/25	3.6-4.8
eGFR	10.0 mL/min/1.73m ²	2023/03/13	-
ALB	30.0 g/dL	2023/03/25	4.1-5.1

<身長・体重など>

身長	158.00 cm	身長測定日	2023/ 3/28
体重	58.000 kg	体重測定日	2023/ 3/28
体表面積	1.58 m ²	体表面積計算式	病院共通
BMI	23.23		

<計画治療>

1		~
2		~
3		~
4		~
5		~
6		~
7		~
8		~
9		~
10		~