

この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。

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ID 0000110  
 カナ IDハシバキ  
 氏名 江戸橋 花子 殿  
 生年月日 昭和49年09月08日 年齢 42歳 3カ月 性別 女  
 区分 被保険者(保険種別: )  
 都道府県番号 24 点数票番号 1 医療機関コード 400022

保険医療機関の所在地及び名称 津市江戸橋2丁目174 国立大学法人三重大学医学部附属病院  
 電話番号 (059) 232-1111  
 診療科 消化器・肝臓内科

保険医氏名 医師消内 880032 印

交付年月日 平成28年12月19日 処方せんの使用期限 平成28年12月22日 特に記載のある場合を除き、左記の使用期限内に保険薬局に提出してください。

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)への変更にし支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」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	Rp.		
	1	ロキソニド錠60mg「CH」 バミピド錠100mg「トワ」 ★1日3回朝食後 ★★一包化	1回1錠(1日3錠) 1回1錠(1日3錠) 14日分
	2	プレドニン錠5mg ★1日2回朝食後 ★朝3錠,昼2錠	不均等(1日5錠) 14日分
	3	ジゴシン散0.1%(1mg/q) ★1日1回朝食後	1回0.125q(1日0.125q)【製剤量】 14日分
	4	リウマトレックスカプセル2mg ★1日2回 08時, 20時 ★月曜日に服用	1回1C P(1日2C P) 2日分(投与実日数)
	5	リウマトレックスカプセル2mg ★1日1回 08時 ★火曜日に服用	1回1C P(1日1C P) 2日分(投与実日数)
	6	インフルエンザ皮下注2.5mgシラ ★在宅自己注射 ★月曜日に使用	(全量)2本
7	ワンドルブ40mg ★(膏剤)1日1回 ★毎日貼替,全量は,1日量×日数,貼付	1回1枚(1日1枚)(全量14枚) 14日分	
【以下余白】			

備考 保険医署名 「変更不可」欄に「✓」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。

保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(該当する場合は「レ」または「×」を記載すること。)  
調剤数量を減量(疑義照会) 不要 必要 処方医へ情報提供 ※調剤数量を変更した場合は処方せんをFAX(059-231-5659)で送信。

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 印 公費負担医療の受給者番号 

--	--	--	--	--	--

検査項目	身長	体重	体表面積	TP	ALP	BUN	Crea	eGFR	U/	Na	K	Ca	P	Mt
検査日	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
結果値	計測なし	計測なし	計測なし	計測なし	計測なし	計測なし	計測なし	計測なし	計測なし	計測なし	計測なし	計測なし	計測なし	計測なし

検査項目	AST	ALT	γGT	T-Bil	TC	LDL-C	GLU	CK	WB	好中球数	PLT	Ht	PT-INR	HbA1c
検査日	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
結果値	計測なし	計測なし	計測なし	計測なし	計測なし	計測なし	計測なし	計測なし	計測なし	計測なし	計測なし	計測なし	計測なし	計測なし

その他診療情報

〈保険薬局の方へ〉検査項目の検索期間は90日です。WBC、Pltの単位は(10<sup>3</sup>/μL)です。また、検査値の単位、基準範囲、レジメン内容に関しては当院薬剤部ホームページ (<http://hpl.medic.mie-u.ac.jp/pharmacy/>) をご覧ください。

処方内容の疑義は各診療科へ直接お尋ね下さい(電話番号は上記)。

医師へ情報提供した方が望ましい内容はトレーシングレポートをご利用下さい(詳細は当院薬剤部ホームページをご覧ください)。