第 01 版
オーダー番号：31093636
出力時刻：14:40:43

処　方　箋

（この処方箋は、どの薬局でも有効です。）

1/1

公費負担者番号又は市町村番号								
公費負担医療又は老人医療の受給者番号								

保険者番号	0	1	4	1	0	0	1	8
被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	（枝番）							

保険医療機関の所在地及び名称　福岡県古賀市千鳥１丁目１番地１号
独立行政法人国立病院機構
福岡東医療センター
電話番号　092-943-2331
診療科名　内科
保険医氏名　上田　和明　㊞

都道府県番号 40　点数表番号 1　医療機関コード 9919804

氏名	テスト　１０　様 昭和50年05月05日　49才　男性
区分	被保険者　負担割合　3割
交付年月日	令和6年12月02日
処方箋の使用期限	年　月　日

処方

変更不可（医療上必要）	患者希望	
		1）　ベルソムラ錠15mg　1錠 用法は『就寝直前』へ読み替え可 ・・・分1　寝る前　1日分 以下余白

［個々の処方薬について、医療上の必要性があるため、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差し支えがあると判断した場合には、「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。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。］

~~リフィル可　□（　回）~~

備考

麻薬施用者番号

患者住所

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

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）

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 ㊞		公費負担医療又は老人医療の受給者番号	

患者番号：0090000201

特に記載のある場合を除き、交付日を含めて４日以内に保険薬局に提出して下さい。

切り取り線

【お問い合わせ先】
TEL：092-943-2331（代表）
FAX：092-943-4622（薬剤部）
※処方内容に関することは、主治医へ直接確認してください。
その他の内容は薬剤部にお願いします。

【通信欄】

医事印

医事印の無い処方箋は無効です。

※この処方箋は大切なものです。なくされないようにご注意下さい。

※検査結果を保険薬局に伝えたくない場合は、点線部分で切り離して処方箋を渡して下さい。

切り取り線

保険調剤薬局への連絡事項

下記項目は、処方監査、服薬指導の際にご活用下さい。
服薬指導終了時に切り離し、お渡しいただいて構いません。
（検査値は過去３カ月の最新値です）

【検査情報】

検査項目	検査日	検査値	単位	下限値	上限値
T-Bil	----------	----------	mg/dl	共通:0.30	共通:1.20
AST	----------	----------	U/l	男性:8.0 女性:6.0	男性:42.0 女性:27.0
ALT	----------	----------	U/l	共通:13.0	共通：33.0
γGTP	----------	----------	U/l	共通:10.0	共通：47.0
sCr	----------	----------	mg/dl	男性:0.6 女性:0.4	男性:1.1　女性:0.7
K	----------	----------	mmol/l	共通:3.6	共通：4.9
HbA1C	----------	----------	%	共通:4.6	共通：6.2
PT-INR	----------	----------	-	共通:0.0	共通：1.09

【身体情報】

身長	---------- cm	体重	---------- kg	体表面積	---------- m^2
測定日	----------	測定日	----------		