処　方　箋

オーダー番号：10009129
出力時刻：17:02:13　第 01 版

（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）

1/1

医事印

（公費負担者 市町村）番号	
（公費負担 老人）医療の受給者番号	

患者	ID 9200310086	糖尿病・内分泌内科
	氏名 テスト　ケンサ２０	
	テスト　検査２０	殿　男性
昭和48年10月31日	50　才	
区分　被扶養者	負担割合　3　割	

保険者番号	0 6 0 0 0 0 0 0
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　福岡市南区大楠３丁目１番１号
福　岡　赤　十　字　病　院
電話番号　〔０５７０〕０３－１２１１
保険医氏名　Ｆ　福留　崇士　㊞

都道府県番号	点数表番号	医療機関コード
4 0	1	1 2 1 9 1 8 7

発行日　令和５年１２月０１日　　処方箋の使用期限　令和５年１２月０４日

処方（薬品・分量・用法・用量）

1)　ロキソプロフェンNa錠６０mg「ｻﾜｲ」　1錠
　１回1錠（１日 1錠）
　・・・1日1回 起床時　3日分
　・・・2023/12/01(金)

以下余白

個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」として「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。

☐ ~~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　㊞　　公費負担医療の受給者番号

この処方箋はどこの保険薬局でも有効です
特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて４日以内に保険薬局へ提出してください。

【お問い合わせ先】
TEL 0570-03-1211（代表）　FAX 092-523-5021（薬剤部）
平日17時まで：処方内容（処方医）、保険内容（医事課・内線2119）
平日17時以降、土、日、祝日：処方内容（＊緊急時に限り処方医）
保険内容（夜間受付 内線：2045）

【かかりつけ薬局】
１テストかかりつけ薬局

【通信欄】
※処方内容の疑義照会は、処方医へ電話し、その内容を薬剤部へFAXして下さい。

↑↑↑　身長・体重・検査値を保険薬局に伝えたくない場合はこちらの点線で切り取ってください。　↑↑↑

【身体情報】

身長	180.0 cm	体重	90.000 kg	体表面積（Dubois式）	2.099 m^2
測定日	2023/12/01	測定日	2023/12/01		

【検査情報】

検査名	検査日	検査値	基準値
WBC	2023/11/24	76.0000	35～75
Hb	2023/11/24	13.4	13.5～17.5
Plt	2023/11/24	35.0	15～35
NEUT	2023/11/24	検査中	～
INR	2023/11/24	1.25	0～1.25
AST	2023/11/24	33.0000	13～33

検査名	検査日	検査値	基準値
ALT	2023/11/24	7.0000	8～42
CK	2023/11/24	287	62～287
T-Bill	2023/11/24	1.50	0.3～1.5
CRE	――	――	0.6～1.1
HbA1c	――	――	4.6～6.2
K	2023/11/24	4.9100	3.6～4.9

検査名	検査日	検査値	基準値
CRP	2023/11/24	0.3100	0～0.3
eGFR	2023/11/24	9913.0	～